

Schwerpunkt

Freizügigkeitsabkommen mit der Europäischen Union.
Erste Zwischenbilanz

Vorsorge

Pilotversuche zur Erprobung neuer Modelle der
Hilflosenentschädigung in der Invalidenversicherung

Gesundheit

Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der
zukünftigen Entwicklung

Soziale Sicherheit

CHSS

5/2003

BSV /
OFAS /
UFAS /

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 5/2003

Editorial	249
Aktuell	
Gesundheit und Soziales: neue Aufgabenteilung innerhalb des EDI	250
Chronik August/September 2003	251
Rundschau	254

Schwerpunkt

Freizügigkeitsabkommen mit der Europäischen Union – erste Zwischenbilanz	255
Ein Jahr danach – Übersicht über die Umsetzung der bilateralen Abkommen in der Schweiz (Deborah Schibler, BSV)	256
Erste Erfahrungen mit dem Freizügigkeitsabkommen (Martin Hirsbrunner, IMES)	258
Die Anwendung der neuen Unterstellungsregeln (Stephan Cueni, BSV)	260
Internationale Koordination der Krankenversicherung (Pierre Ribaut, Gemeinsame Einrichtung KVG)	264
Technische Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens: Elektronische EU-Formulare (Andreas Frutiger, ZAS)	268
Erfahrungen im Bereich der Arbeitslosenversicherung (Judith Wild, Seco)	270
Umsetzung des Abkommens im Bereich der Krankenversicherung im Kanton Genf (Jean-Claude Pause)	272

Erfahrungen einer Ausgleichskasse (René Vogel, Basel)	275
Verfahren der Anpassung von Anhang II des FZA (Kati Fréchélin, BSV)	276
Erweiterung der EU um weitere Staaten – Folgen für die Schweiz (Josef Doleschal, BSV)	278

Vorsorge

Der Bundesrat schlägt Massnahmen zur Stabilisierung der beruflichen Vorsorge vor (AHI, BSV)	279
Der Bundesrat senkt den Mindestzinssatz in der beruflichen Vorsorge auf 2,25 % (AHI, BSV)	281
Pilotversuche zur Erprobung neuer Modelle der Hilflosenentschädigung in der IV (Maria Ritter, BSV)	282

Gesundheit

Kostenentwicklung in der Krankenversicherung und Festlegung der Prämien 2004 (K+U, BSV)	285
Statistik über die Krankenversicherung: Provisorische Ergebnisse 2002 (Nicolas Siffert, BSV)	289
Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung (Bruno Fuhrer, Olivier Brunner-Pattthey, Anna Jost, Till Bandi, Peter Eberhard, BSV)	292
Analysentarif und Laborgemeinschaften (Helena Kottmann, BSV)	296

Sozialpolitik

Auswirkungen der medizinischen Normalisierung auf die Lebenssituation von Menschen mit HIV/Aids (Stefan Spycher, Büro BASS, Bern)	301
---	-----

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	304
Gesetzgebung: Hängige Vorlagen des Bundesrates	308

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	309
Sozialversicherungsstatistik	310
Literatur und Links	312

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Neue Publikationen zur Sozialversicherung

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Sozialversicherung der Schweiz. Faltprospekt, Ausgabe 2003	BBL ¹ 318.001.03, df
IV-Statistik 2003. Reihe Statistiken zur Sozialen Sicherheit	BBL ¹ 318.124.03, d/f Fr. 15.20
Sozialversicherungen Schweiz. Handlungsbedarf und Optionen für die Zukunft.	BBL ¹ 318.130, d/f/i
Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt. Ausgabe Oktober 2003	BBL ¹ 318.950, d/f/i
Sozialversicherungen: Aufenthalt in der Schweiz und Ausreise*	BBL ¹ 415.020, d/f/i/e/sp/por
Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit. Kleinbroschüre (C6/5) mit den wichtigsten Daten und Grafiken zur Gesamtrechnung (inkl. internationale Vergleiche)	BFS ² 584-0100, d/f/i
Arbeitsmarktliche Massnahmen. Info-Service ALV, Ausgabe 2003	Seco ³ 716.800, d/f/i

* Herausgegeben vom Bundesamt für Flüchtlinge (BFF) in Zusammenarbeit mit dem BSV, dem Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (IMES) und der Eidg. Ausländerkommission. Ab 2004 zusätzlich erhältlich in albanischer, arabischer, russischer, serbischer, tamilischer und türkischer Sprache.

- 1 BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern, Fax 031/325 50 58; E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch; Internet: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen
- 2 Bundesamt für Statistik BFS, 2010 Neuenburg; Tel. 032 713 60 60, Fax 032 713 60 61; order@bfs.admin.ch; www.socialsecurity-stat.admin.ch
- 3 Seco, Direktion für Arbeit, Effingerstrasse 31, 3003 Bern; Tel. 031 322 27 88, Fax 031 311 38 35, E-Mail: margrit.borer@seco.admin.ch; www.treffpunkt-arbeit.ch

heute für morgen

Sozialversicherungen Schweiz. Handlungsbedarf und Optionen für die Zukunft

16 Seiten A4, mehrfarbig illustriert.

Diese vom Eidgenössischen Departement des Innern herausgegebene Broschüre zeichnet den aktuellen Stand unseres Drei-Säulen-Systems der Alters- und Invalidenvorsorge in den wichtigsten Zügen auf. Sie erläutert die möglichen Optionen für die Weiterentwicklung und Sicherung des Vorsorgesystems.

Die Broschüre mit Bestellnummer 318.130d ist gratis erhältlich bei
BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern; Fax 031 325 50 58;
Internet: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherung	Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Redaktion	René A. Meier, Redaktor BR E-Mail: rene.meier@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Die Meinung BSV-externer Autoren muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Jürg Blatter, Pascal Coullery, Géraldine Luisier Rurangirwa, Stefan Müller, Brigitte Reich, Pierre-Yves Perrin	Auflage	Deutsche Ausgabe 6500 Französische Ausgabe 2600
Abonnemente und Auskünfte	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Effingerstrasse 20, 3003 Bern Telefon 031 322 90 11 Telefax 031 322 78 41 www.bsv.admin.ch	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MWST, Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
		Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
		Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670

Bilaterale Abkommen CH-EU: positive erste Bilanz



M.V. Brombacher Steiner
Ministerin
Delegierte für Sozialversicherungsabkommen, BSV

Am 1. Juni 2003 war es ein Jahr, dass ein erstes Paket von sieben sektoriellen Abkommen zwischen der Schweiz und der EG in Kraft getreten ist. Der Bund hat aus diesem Anlass eine Konsultation der betroffenen Behörden auf Bundes- und Kantonsebene sowie eine breit angelegte Umfrage bei ausgewählten Verbänden, Organisationen, Körperschaften und Unternehmen im öffentlichen wie privaten Sektor vorgenommen. Seine Analyse

kommt zum Ergebnis, dass das Freizügigkeitsabkommen eindeutig als wichtigster Vertrag eingestuft wurde. 81% der Befragten fühlten sich von diesem Abkommen betroffen. 53% beurteilten es als sehr positiv, positiv oder neutral bis positiv. 41% hielten seine Auswirkungen nach dem ersten Jahr für neutral und nur 6% äusseren sich negativ. Ob dieses Ergebnis auch für die im Freizügigkeitsabkommen enthaltene Koordination der Sozialversicherung gelten kann, darüber berichten die einzelnen Beiträge zum Schwerpunktthema dieses Heftes.

Vorweggenommen sei, dass die Einführung des Freizügigkeitsabkommens trotz aller Befürchtungen auf Schweizer Seite gut gelungen ist und auch von Seiten unserer ausländischen Vertragspartner viel Lob erhalten hat. Natürlich gab es in komplexen Einzelfällen Probleme, die aber meistens zur Zufriedenheit aller Betroffenen gelöst werden konnten. Es wird sicher auch in Zukunft Probleme geben; denn das menschliche Verhalten ist stets vielfältiger, als der beste Gesetzgeber voraussehen kann.

Dass der Übergang von den alten zweiseitigen Sozialversicherungsabkommen zur multilateralen Koordination so reibungslos ablaufen konnte, ist nicht zuletzt auf die grosse Vorarbeit «hinter den Kulissen» zurückzuführen. Es sei deshalb allen Beteiligten, vorab Versicherungsträgern, Arbeitgebern, Dienststellen des Bundes und der Kantone und nicht zuletzt den Betreuern ausländischer Gastarbeiter in der Schweiz an dieser Stelle ein besonderer Dank ausgesprochen.

Ernennung eines neuen BSV-Direktors und neue Aufgabenteilung innerhalb des EDI

Am 1. Januar des kommenden Jahres wird die Abteilung Kranken- und Unfallversicherung (KUV) vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) in das Bundesamt für Gesundheit (BAG) überführt. Der Bundesrat hat am 26. September von dieser neuen Aufgabenteilung, die von Bundespräsident Pascal Couchepin gewünscht wird, Kenntnis genommen. Mit dieser Zusammenführung der Gesundheitsfragen in ein Amt sollen Wissen und Kompetenzen in diesem Bereich vereint werden.

Mittelfristig erhofft sich der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) von dieser Reorganisation eine bessere Kenntnis und Kontrolle der Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheitspolitik haben. Die Zusammenführung der Sektoren, die für die Gesundheitspolitik und den Gesundheitsschutz zuständig sind (BAG), und denjenigen, die sich mit der Finanzierung der Gesundheitsversorgung und den nötigen Massnahmen zur Gewährleistung eines Zugangs zu dieser Versorgung für alle befassen (BSV), ermöglicht, dieses Thema ganzheitlicher und flexibler anzugehen. Es können Synergien geschaffen und Gemeinsamkeiten besser genutzt werden.

Diese Reorganisation, von der etwa hundert Personen betroffen sind, wird weder einen Personalabbau noch eine Veränderung des Status der Angestellten zur Folge haben. Dank einem Gebäudeaustausch zwischen den beiden Ämtern kann diese Überführung zu verminderten Kosten und in kurzer Zeit vollzogen werden. Die im BSV für die Kranken- und Unfallversicherung zuständigen Mitarbeiter/innen werden im Verlauf des ersten Quartals 2004 in das BAG umziehen. Zurzeit verfügt das BSV über 380 Beschäftigte, das BAG seinerseits über rund 400. Der Bereich Kranken- und Unfallversicherung wird auch im BAG unter der Leitung von Fritz Britt stehen.

Eine Arbeitsgruppe wird die praktischen Modalitäten der Eingliederung des Kranken- und Unfallversicherungssektors in das BAG und der neuen Aufgabenteilung ausarbeiten. Diese Reorganisation wird kleinere Anpassungen der Gesetzgebung, in der die Aufgaben der Ämter festgelegt sind, erforderlich machen. Bis zu seiner definitiven Überführung ins BAG, das heisst bis zum 31. Dezember 2003, bleibt der KUV-Bereich dem BSV unterstellt.

Bei seiner Entscheidung hat sich der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern insbesondere auf die Arbeiten einer Arbeitsgruppe aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beiden Ämtern gestützt, die sich mit dieser Frage auseinandergesetzt hat. Diese Gruppe ist zum Schluss gelangt, dass eine Zusammenführung der Stellen des EDI, die sich mit Gesundheitsfragen befassen, im Hinblick auf die Entwicklung einer ganzheitlichen und kohärenten Gesundheitspolitik gerechtfertigt ist.

Yves Rossier neuer Direktor des BSV

Der Bundesrat hat gleichentags mit Yves Rossier den neuen Direktor für das verkleinerte BSV ernannt. Dieser übernimmt die Nachfolge von Otto Piller, der nach dem Rücktritt von Bundesrätin Ruth Dreifuss im Frühjahr 2003 vorzeitig in den Ruhestand getreten ist.

Yves Rossier wird seine Tätigkeit auf Anfang des Jahres 2004 aufnehmen. Das BSV wird nach der Abtrennung des Geschäftsfeldes Kranken- und Unfallversicherung noch folgende Bereiche umfassen:

- Geschäftsfeld Alters- und Hinterlassenenvorsorge;
- Aufsicht Berufliche Vorsorge;
- Geschäftsfeld Invalidenversicherung;
- Geschäftsfeld Internationales;
- Zentralstelle für Familienfragen;
- Kompetenzzentrum Grundlagen;
- Bereich Planung und Ressourcen.

Der neue BSV-Direktor



Yves Rossier ist zurzeit Direktor des Sekretariates der Eidgenössischen Spielbankenkommission (ESBK). Er ist 42 Jahre alt und in Delsberg JU geboren. Er ist verheiratet und Vater von fünf Kindern. Vor der Einsetzung der ESBK, die am 1. April 2000 mit dem In-Kraft-Treten des neuen Spielbankengesetzes geschaffen wurde, arbeitete Yves Rossier als wissenschaftlicher Berater der Bundesräte Jean-Pascal Delamuraz und Pascal Couchepin. Er betreute in dieser Zeit sämtliche Dossiers in den Bereichen Gesundheits- und Sozialwesen.

Neben seiner französischen Muttersprache spricht Yves Rossier Deutsch und Schweizerdeutsch sowie Englisch. Er verfügt über einen Lizenzabschluss in Recht der Universität Freiburg, hat anschliessend am College of Europe in Brügge Europäisches Recht studiert und war Assistent am Lehrstuhl für Internationales Privatrecht der juristischen Fakultät der Universität Freiburg, bevor er einen Master of Laws an der McGill University in Montreal erwarb.

Kein Nationalbankgold für die AHV?

Mit Botschaft vom *20. August* beantragt der Bundesrat dem Parlament, die freien Aktiven aus dem Verkauf von 1300 Tonnen Gold der Nationalbank in ihrer Substanz zu erhalten. Das Vermögen soll durch einen Fonds ausserhalb der Nationalbank bewirtschaftet werden und dessen Erträge während dreissig Jahren zu zwei Dritteln an die Kantone und zu einem Drittel an den Bund gehen. Mit gleicher Botschaft empfiehlt der Bundesrat die Volksinitiative der Sozialdemokratischen Partei «Nationalbankgewinne für die AHV» zur Ablehnung. Diese Initiative will die künftigen Nationalbankgewinne (zurzeit jährlich etwa 2,5 Mrd. Fr.) zur Hauptsache in den AHV-Fonds leiten und eine Milliarde den Kantonen zukommen lassen. Der Bundesrat macht geltend, mit der Initiative könne die geplante Mehrwertsteuerheraufsetzung bloss um kurze Zeit aufgeschoben werden; zudem wäre die Nationalbank damit unerwünschtem politischem Druck ausgesetzt.

In einer ersten Volksabstimmung vom 22. September 2002 waren zwei anders lautende Vorschläge zur Verwendung der nicht mehr benötigten Goldreserven (CHSS 4/2002 S. 238) verworfen worden.

Die Botschaft des Bundesrates zur Verwendung von 1300 Tonnen Nationalbankgold und zur Volksinitiative «Nationalbankgewinne für die AHV» wurde im Bundesblatt vom 16. September 2003 publiziert; Internet: www.bk.admin.ch/Bundesrecht/Bundesblatt.

Ja zur eingetragenen Partnerschaft

Die Rechtskommission des Nationalrates hat am *25./26. August* das Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare zuhanden des Plenums verabschiedet. Die Kommission hiess den Entwurf (02.090) mit 12 gegen 1 Stimme bei 3 Enthaltungen gut. Da-

bei folgte sie weitgehend den Anträgen des Bundesrates. So hat sie mit 12 gegen 9 Stimmen beschlossen, in eingetragener Partnerschaft lebenden Personen die Adoption von Kindern zu untersagen. Eine Minderheit möchte es diesen Personen allerdings ermöglichen, unter bestimmten Bedingungen das Kind des andern Partnerteils zu adoptieren (vorteilhaft für das Wohl des Kindes, langjährige Partnerschaft, Abwesenheit des anderen leiblichen Elternteils). Eine andere Minderheit beantragt aus Gründen der Gleichbehandlung, das Adoptionsverbot zu streichen und den in eingetragener Partnerschaft lebenden Personen die Möglichkeit der Einzeladoption nach Artikel 264b ZGB einzuräumen. Mit 8 zu 7 Stimmen beantragt die Kommission, den lesbischen Paaren die Vorteile zu gewähren, die das geltende Recht bezüglich Witwenrente für Frauen vorsieht. Nach Auffassung der Kommissionmehrheit rechtfertigt sich die bevorzugende Behandlung der Frauen, da namentlich die Lohngleichheit noch immer nicht Wirklichkeit ist. Eine Minderheit folgt dem Bundesrat: Dieser sieht für gleichgeschlechtliche Paare das gleiche System vor wie für Witwer. Damit lassen sich Ungleichbehandlungen vermeiden.

BV-Mindestzinssatz 2,25 %

Am *10. September* hat der Bundesrat beschlossen, den Mindestzinssatz in der beruflichen Vorsorge ab dem 1. Januar 2004 von zurzeit 3,25 auf 2,25 % herabzusetzen. Näheres dazu im Beitrag auf Seite 281.

KVG-Bundesbeiträge 2004–2007

Der Ständerat hiess am *16. September* den Bundesbeschluss gut, mit welchem die Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligung der

Kantone in den Jahren 2004 bis 2007 festgesetzt werden. Der Bundesbeitrag beläuft sich im Jahr 2004 auf 2349 Mio. Franken und soll dann jährlich um 1,5 % erhöht werden. Der Nationalrat hat dem am 17. September ebenfalls zugestimmt. Der Bundesbeschluss wird effektiv nur bis zum In-Kraft-Treten der 2. KVG-Revision anwendbar sein.

2. KVG-Revision noch nicht abgeschlossen

Die Differenzbereinigung bei der 2. KVG-Revision konnte in der Herbstsession noch nicht zu Ende geführt werden. Der Ständerat befasste sich am *16. September* damit und beschloss Folgendes:

- Im Gegensatz zum Nationalrat möchte der Ständerat das Problem der Finanzierung der Pflegekosten in der laufenden Revision regeln. Er will sicherstellen, dass die Krankenversicherer an die Kosten der Pflege im bisherigen Umfang (ca. 1,5 Mrd. Franken) beitragen, dass diese Beiträge aber nicht mehr markant steigen. Bundespräsident Couchepin sprach sich dafür aus, diese Frage in einer späteren Revision anzugehen. Der Ständerat beschloss mit 18 zu 11 Stimmen Rückweisung an die Kommission zur eingehenderen Prüfung der damit zusammenhängenden Fragen.

- Bei der Aufhebung des Vertragszwangs hat sich der Ständerat dem Nationalrat bezüglich der Einführung von integrierten Versorgungsnetzen im Grundsatz angeschlossen, aber eine Neufassung der Bestimmungen vorgeschlagen. Bezüglich der Kostenbeteiligung der Versicherten beharrte der Ständerat mit 24 zu 10 Stimmen auf seinem früheren Beschluss, wonach Versicherte in Ärztenetzwerken nur einen Selbstbehalt von 10 % tragen, alle ändern aber 20 %. Diese Differenz ist von den Räten noch zu bereinigen.

- Das früher beschlossene Sozialziel für die Prämienverbilligung blieb unbestritten. Hingegen stiess der Rat mit 22 zu 19 Stimmen die Halbierung der Prämie für das zweite und den Erlass der Prämie ab dem dritten Kind um, weil damit unabhängig vom Einkommen auch gut verdienende Eltern begünstigt würden. Die Bundesbeiträge zur Prämienverbilligung sollen um 200 Mio. Franken erhöht und an die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung angepasst werden. Nach dem Beschluss des Ständerates soll der Bundesrat aber bei der jährlichen Anpassung die Finanzlage des Bundes und der Kantone berücksichtigen.

Da die Sozial- und Gesundheitskommission des Ständerates (SGK) Zeit braucht für die Prüfung der strittigen Punkte (insbesondere der Pflegefinanzierung), konnte die KVG-Revision nicht wie erwartet in der Herbstsession unter Dach gebracht werden. Die SGK wird im Oktober und November tagen, damit die Vorlage in der Wintersession – vom neuen Parlament – behandelt werden kann.

1. BVG-Revision unter Dach

Der Ständerat hat am 16. September die letzten beiden Differenzen bei der BVG-Revision bereinigt, gleichzeitig aber eine neue Divergenz geschaffen. Dabei handelt es sich um die in Artikel 20a geregelten Hinterlassenenleistungen. Beim Fehlen der üblichen Begünstigten und engsten Verwandten sollen die Vorsorgeeinrichtungen das Recht haben, den anderen gesetzlichen Erben – wie Grosseltern, Nichten oder Neffen – weiterhin 100% der vom Versicherten einbezahlten Beiträge oder 50% des Vorsorgekapitals zukommen zu lassen. Der Bundesrat hatte den Anspruch bei den einbezahlten Beiträgen auf 50% limitiert, was den Räten offenbar entging.

Vom Nationalrat übernahm die kleine Kammer eine restriktivere Lösung, was den Vorsorgeschutz teilarbeitsfähiger Personen angeht. Die Invaliditätsleistungen dürften nicht noch mehr zunehmen, wurde gemahnt. Die Vorsorge soll nur für jene geburts- und frühinvaliden Personen verbessert werden, die beim Eintritt in die Erwerbstätigkeit zwischen 20 und 40% invalid sind.

Die Einigungskonferenz hat sich am 23. September der nachträglichen Änderung von Artikel 20a BVG angeschlossen. Das Plenum des Nationalrates stimmte am 25. September ebenfalls zu. Damit ist die Revision unter Dach. Sie wird voraussichtlich am 1. Januar 2005 in Kraft treten – sofern sie in einer möglichen Referendumsabstimmung nicht verworfen wird. Der Bundesrat wird eventuell einige Bestimmungen, vor allem betreffend der Transparenz der Vorsorgeeinrichtungen, noch im Lauf von 2004 in Kraft setzen.

Mutterschaftsversicherung

Bei der neuen Mutterschaftsversicherung nach dem Modell Triponez waren sich die beiden Räte noch uneinig, ob Adoptivmütter ebenfalls einen Anspruch auf Leistungen haben sollen. Der Nationalrat lehnte am 17. September diese vom Ständerat eingefügte Erweiterung mit 90 zu 60 Stimmen ab. Der Ständerat schloss sich dem Verzicht gleichentags mit 21 zu 12 Stimmen an, wobei abstimmungstaktische Überlegungen ausschlaggebend waren.

Im gleichen Paket mit dem Mutterschaftsurlaub wird zudem das Taggeld von Rekruten und Zivildienstleistenden von 43 auf 54 Franken erhöht. Durchdiener werden nach der Grundausbildung mit 80 Franken entschädigt. Zusammen mit den Verbesserungen für die Rekruten kommen Mehrausgaben von 545 Mio. Franken im Jahr auf die EO-Kasse hinzu. Davon entfallen 483 Millionen auf den Mutter-

schaftsurlaub. Die Reserven dazu sind vorhanden. Aber ab 2008 müssen die EO-Beiträge voraussichtlich von 0,3 auf 0,4% und ab 2012 auf 0,5% erhöht werden.

Entlastungsprogramm 2003

Der Ständerat ist am 17. September auf das Entlastungsprogramm 2003 eingetreten. Dieses soll dem Bundeshaushalt in den Jahren 2004 bis 2006 kumulierte Verbesserungen von rund 6,5 Mrd. Franken bringen. Von den Sozialversicherungen sind davon die AHV und die IV betroffen.

- Der Ständerat beschloss mit 20 zu 16 Stimmen, den Mischindex der AHV im Jahre 2006 einmalig auszusetzen; damit werden die Renten nur an die Teuerung, nicht aber an die Lohnentwicklung angepasst.
- Der Bundesbeitrag an die Flexibilisierung der Renten wird gestrichen; diese Massnahme wurde diskussionslos akzeptiert.
- Das Ausgabenwachstum bei den kollektiven Beiträgen an Behinderteninstitutionen wird reduziert (2005 um 41 Mio. Fr., 2006 um 81 Mio. Fr.). Der Ständerat hiess dies mit 27 zu 9 Stimmen gut.

Zusätzlich zu den Vorgaben des Bundesrates hat der Ständerat die Kredite für die familienergänzende Kinderbetreuung für das Jahr 2006 um 12 Mio. Franken gekürzt. Der Rat erachtete dies als vertretbar, nachdem bisher weniger Gesuche eingingen als erwartet.

In der letzten Sessionswoche befasste sich auch der Nationalrat mit dem Entlastungsprogramm. Bei den sozialpolitischen Entscheiden wollte er die Differenzen zum Ständerat in zwei Bereichen nicht beseitigen:

- der Nationalrat will am AHV-Mischindex nicht rütteln;
- auch bei der familienergänzenden Kinderbetreuung verzichtet er auf Kürzungen.

Im Gesamtpaket verringert sich das Sparvolumen nach diesen Be-

schlüssen um rund 500 Mio. Franken. Es geht zur Bereinigung zurück an den Ständerat.

11. AHV-Revision vollendet

Im Nationalrat waren am 17. September die letzten drei Differenzen bei der 11. AHV-Revision traktandiert:

- **Witwenrente:** Mit 90 zu 78 Stimmen lehnte es der Rat ab, das restriktivere Modell der Witwenrente des Ständerates (sukzessive Absenkung von 80 auf 60%) zu übernehmen. Es wurde argumentiert, dass noch längst nicht alle Frauen mit Familie berufstätig seien und dass ältere Frauen Mühe hätten, eine Arbeit zu finden.
- **Erleichterung der Frühpensionierung:** Während die Mehrheit der vorberatenden Kommission die Abfederung mit 400 Mio. Franken unterstützte, beantragte Triponez (FDP, BE) namens einer Minderheit und in Übereinstimmung mit dem Ständerat, auf eine solche Subventionierung zu verzichten, da sie falsche Anreize setze. Der Rat unterstützte schliesslich mit 107 zu 71 Stimmen den Antrag von Cina (CVP, VS), wonach der Kürzungssatz für Frauen während zehn Jahren halbiert wird (Kosten: 250 Mio. Franken pro Jahr).
- **Bundesanteil an den Erträgen der MWST-Erhöhungen:** Mit 98 zu 64 Stimmen hielt der Nationalrat an seinem früheren Beschluss fest, dass künftig der ganze Ertrag der MWST-Erhöhung direkt der AHV/IV zugute kommen soll.

Demnach bestanden in allen drei Punkten weiterhin Differenzen zwischen den Räten, so dass sich eine Einigungskonferenz am 23. September damit befassen musste. Sie erbrachte folgendes Ergebnis:

- **Witwenrente:** Zustimmung zum Ständerat mit verlängerten Übergangsfristen (insgesamt 15 statt 12 Jahre).
- **Frühpensionierung:** Abfederung mit hälftigem Kürzungssatz (3,4%) bloss für Frauen der Jahrgänge 1948 bis 1952 und nur bei einjährigem Vorbezug ab 64 (Kosten: 140 Mio. Fr.).
- **MWST-Erträge:** Ein Anteil (17% bei der AHV und 15% bei der IV) der Erträge aus den MWST-Erhöhungen für die AHV/IV soll weiterhin in die Bundeskasse gehen.

Am 25. September schlossen sich beide Räte – allerdings unter Protest von linker Seite – dem Ergebnis der Einigungskonferenz an. In der Schlussabstimmung wurde die Vorlage im Nationalrat mit 100 zu 70 Stimmen und im Ständerat mit 32 zu 6 Stimmen verabschiedet.

Sanierungsmassnahmen für die berufliche Vorsorge

Der Bundesrat hat am 19. September die Botschaft über Massnahmen zur Behebung von Unterdeckungen in der beruflichen Vorsorge zuhanden des Parlaments verabschiedet. Näheres dazu auf Seite 279 dieses Heftes.

Referendum gegen Steuerpaket 2001

Das Steuerpaket 2001 (CHSS 4/2003 S.179) kann nicht wie vorgesehen Anfang 2004 in Kraft treten. Elf Kantone – BS, BE, GL, GR, JU, OW, SG, SH, SO, VD, VS – haben beschlossen, das Referendum gegen die geplanten Steuersenkungen einzureichen. Damit kommt erstmals in der Schweizer Geschichte ein Kantonsreferendum zustande, für

welches die Unterstützung durch mindestens acht Kantone nötig ist. Das Steuerpaket will Familien um 1,2 Mrd., Hauseigentümer um 480 Mio. entlasten und würde zu Ausfällen von 310 Mio. Franken bei der Stempelsteuer führen. Rund 500 Mio. Franken der Steuerausfälle würden die Kantone treffen. Die Volksabstimmung wird im nächsten Frühjahr (am 8. Februar oder 16. Mai 2004) stattfinden.

Neuer Finanzausgleich

Die eidgenössischen Räte haben am 29. September und 1. Oktober die letzten Differenzen bei der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) bereinigt (s.a. CHSS 4/2003 S.178). Die «Soziale Sicherheit» wird in einer späteren Ausgabe auf die Änderungen eingehen, soweit sie den Bereich der sozialen Sicherung betreffen.

BVG-Umwandlungssatz

Der Ständerat behandelte am 1. Oktober eine Motion (03.3438) seiner Kommission (SGK), die umgehend mit einer weiteren Revision der beruflichen Vorsorge den Umwandlungssatz den realen Verhältnissen anpassen will. In der Diskussion war umstritten, ob der Umwandlungssatz im obligatorischen Bereich wirklich mit jenem im überobligatorischen Bereich übereinstimmen solle. Einig war sich der Rat nur, dass der Umwandlungssatz auf seine technischen Grundlagen überprüft und soweit erforderlich den realen Verhältnissen angeglichen werden soll. Einzig diesen Teil des Vorstosses überwies er mit 24 zu 12 Stimmen. Die restlichen Forderungen der Motion lehnte der Rat ab.

Beschäftigungsperspektiven für Ältere verbessern

Die demografische Alterung hat zur Folge, dass der Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich schrumpft, während gleichzeitig der Anteil der älteren, nicht mehr erwerbstätigen Bevölkerung steigt. Will man diesem Trend entgegenwirken, muss die Dauer des Verbleibens im Erwerbsleben verlängert werden. Die Realität der vergangenen Jahre verlief jedoch in entgegengesetzter Richtung. Der Rückzug aus dem Erwerbsleben wird – freiwillig oder unter dem Druck der Umstände – immer früher angetreten. Die Quote der Frühpensionierten (62- bis 64-jährige Männer bzw. 59- bis 61-jährige Frauen) ist in den Neunzigerjahren stark angestiegen: bei den Männern auf über 37%, bei den Frauen auf rund 22% (CHSS 3/2003 S.118). International betrachtet steht die Schweiz zwar noch gut da: 86% der 50- bis 64-jährigen Männer sind noch erwerbstätig, wogegen die entsprechende Quote im Durchschnitt der OECD-Staaten bei bloss 68% liegt.

Experten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) haben in einer Analyse die Beschäftigungsperspektiven älterer Arbeitnehmender in rund zwanzig Ländern, darunter auch der Schweiz, untersucht. Ziel ist es, die Regierungen vermehrt für die Notwendigkeit zu sensibilisieren, ältere Arbeitnehmende so lange als möglich und unter möglichst guten Voraussetzungen in der Arbeitswelt zu halten. Bezüglich der Schweiz kamen sie zu folgenden Schlüssen:

- Trotz der im internationalen Vergleich hohen Arbeitsmarktpartizipation älterer Arbeitnehmender ist das Arbeitskräftemanagement für diese Alterskategorie (50 und älter) nicht optimal. Verbesserungsmöglichkeiten sieht die OECD namentlich in der Koordi-

nation zwischen den verschiedenen Stellen, die für sozialpolitische und arbeitsmarktliche Belange zuständig sind, sowie bei der Koordination zwischen den Kantonen. Die OECD moniert, dass bei Entscheiden auf verschiedenen staatlichen Ebenen und in den einzelnen Sozialwerken den Auswirkungen auf die anderen Bereiche zu wenig Beachtung geschenkt wird.

- Die OECD hebt ausserdem hervor, dass es künftig immer wichtiger sein wird, dass sich die Arbeitnehmenden permanent weiterbilden, damit ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt gewahrt bleiben.
- Die Instrumente der Arbeitslosenversicherung, insbesondere bei Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV), sollten den Besonderheiten der älteren Arbeitslosen noch besser angepasst werden.
- In der Lohnpolitik müsste die altersbezogene Lohnbemessung vermehrt einer kompetenz- und produktivitätsbasierten Bewertung Platz machen, um auf dem Arbeitsmarkt eine grössere Flexibilität in der letzten Phase des Erwerbslebens zu erreichen.

Die August-Ausgabe des Magazins «Die Volkswirtschaft» (8-2008) ist dem Thema Alter und Arbeitsmarkt gewidmet. Dort wird eine Zusammenfassung dieser thematischen Studie der OECD veröffentlicht sowie andere Studien zu verwandten Themen. Internet: www.seco.admin.ch, Gesamtbericht der OECD: www.oecd.org, Rubrik «Ageing Society».

Preis für gutes Wohnen im Alter

Die Age-Stiftung fördert gutes Wohnen im Alter (CHSS 1/2003 S.42). Neben Unterstützungsbeiträgen für Projektvorhaben vergibt sie jedes Jahr einen Anerkennungspreis. Erstmals hat sie nun eine Organisation für ihr vorbildliches Projekt mit dem Age Award ausgezeichnet. Der Preis geht an die Genossenschaft Durachtal in Merishausen SH für die Realisierung von bedürfnisgerechten Alterswohnun-

gen. Er beläuft sich auf 250 000 Franken. Über das Siegerprojekt wird zudem ein kurzer Film gedreht.

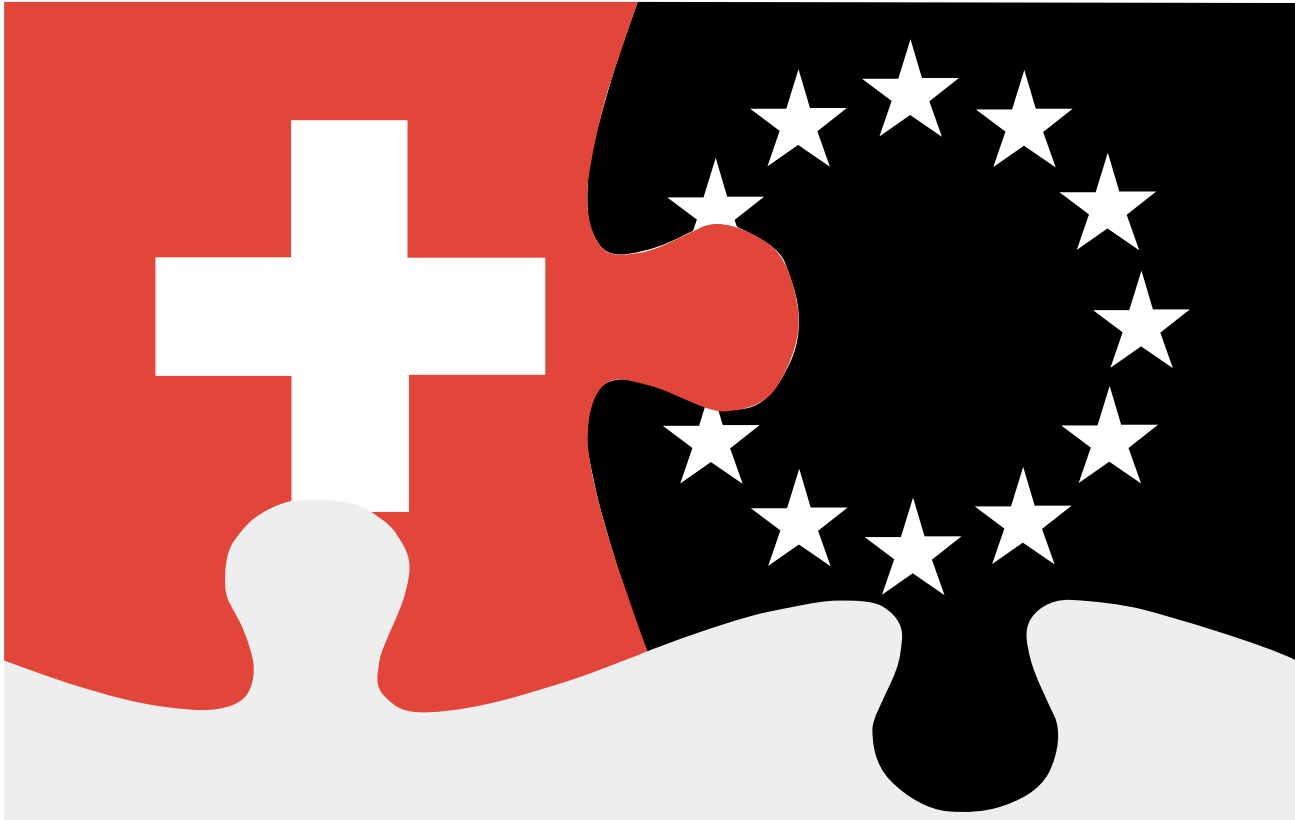
Das Projekt entstand aus dem Bedürfnis der Bewohnerinnen und Bewohner des Durachtals, im Alter nicht in ein Alters- oder Pflegeheim in die Stadt umsiedeln zu müssen. Deshalb entschlossen sich die beiden kleinen Gemeinden Barga und Merishausen, die zusammen nicht einmal tausend Einwohner zählen, nach intensiver Bedarfsklärung im Jahr 2000 zur Gründung einer gemeinnützigen Genossenschaft, die Alterswohnungen anbietet. In Zusammenarbeit mit den lokalen Altershilfeorganisationen wurde das Projekt geplant und in kurzer Zeit kostengünstig realisiert.

Altersgerecht ist nicht nur der Standort der Wohnungen, der ruhig ist und nahe beim Dorfzentrum liegt, sondern auch die Ausstattung, deren Details auch auf die Bedürfnisse von Personen ausgerichtet sind, die unter Kompetenzeinschränkungen leiden. Regelmässig stattfindende Bewohnerversammlungen werden den Zusammenhalt und eine echte Mitbestimmung fördern. Wer im Haus Durachtal wohnt, hat zwar eine eigene Wohnung zur Verfügung, versteht sich aber als Teil einer Gruppe, die einander bei Bedarf beisteht. Mehr unter www.age-stiftung.ch.

Zeitlich beschränkter Zuschlag auf die Suva-Nettoprämie

Das Unfallversicherungsgesetz UVG verpflichtet die Versicherer, auf sämtlichen Renten (also auch auf den vor In-Kraft-Treten des UVG entstandenen) den Teuerungsausgleich zu gewähren. Zu dessen Finanzierung dienen die Zinsüberschüsse aus den Kapitalanlagen. Die Suva muss nun, da die Kapitalerträge nicht mehr ausreichen, nach Artikel 92 UVG einen Prämienzuschlag erheben. Unter Berücksichtigung der angespannten Wirtschaftslage hat der Verwaltungsrat der Suva für die Berufsunfall- und die Nichtberufsunfallversicherung einen Zuschlag von 7% der Nettoprämien beschlossen. Dieser Prämienzuschlag wird ab 1. Januar 2004 erhoben und ist auf zwei Jahre begrenzt. Die privaten UVG-Versicherer sehen zurzeit keine Notwendigkeit zur Erhebung eines Prämienzuschlags. Sie haben im Unterschied zur Suva keine Renten, die vor 1984 entstanden sind, zu finanzieren. Weiteres unter www.suva.ch.

Freizügigkeitsabkommen mit der Europäischen Union – erste Zwischenbilanz

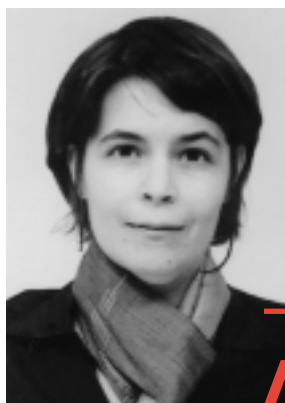


Seit mehr als einem Jahr steht nun das Freizügigkeitsabkommen mit der EU¹ in Kraft. Dieses wichtigste der sieben bilateralen Abkommen hat weder zu schockartigen Veränderungen geführt noch ist es zur befürchteten Einwanderungsflut gekommen. Auch die Regeln zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme haben sich nach einigen geringfügigen Anfangsschwierigkeiten schon weit gehend eingespielt. Die folgenden Beiträge behandeln die Umsetzung der zwischenstaatlichen Koordinationsregeln im Bereich der Sozialen Sicherheit.

¹ Der Begriff «EU» wird umgangssprachlich oft gleichgesetzt mit «EG», geht aber darüber hinaus. Die EU umfasst die EG (früher EWG), die Euratom und die gemeinsame Aussen- und Sicherheitspolitik sowie die polizeiliche und justizielle Zusammenarbeit in Strafsachen. Rechtlich korrekt müsste im Zusammenhang mit der Sozialen Sicherheit stets von EG gesprochen werden.

Ein Jahr danach – Übersicht über die Umsetzung der bilateralen Abkommen in der Schweiz

Ein Jahr nach In-Kraft-Treten der bilateralen Abkommen mit der EU ziehen die betroffenen Stellen und Personen eine weit gehend positive Bilanz. Die Befürchtungen der Gegner haben sich nicht bestätigt. Die Umsetzung des als Kernstück zu bezeichnenden Abkommens über die Personenfreizügigkeit verlief ohne grössere Zwischenfälle. Die Probleme, welche im Rahmen der Umsetzung der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen aufgetaucht sind, wurden grösstenteils gelöst oder fielen durch die sich stetig festigende Praxis weg.



Deborah Schibler
BSV, Geschäftsfeld Internationale
Angelegenheiten

Die bilateralen Abkommen – eine Bilanz

Am 1. Juni letzten Jahres traten sieben sektorielle Abkommen zwischen der Schweiz und der EU in Kraft. Das Volk sagte zwar ja und dennoch wurden die Landesgrenzen am Anfang mit einer gewissen Skepsis betrachtet. Jetzt, ein Jahr danach, wird Bilanz gezogen. Gemäss Umfragen bei den betroffenen Behörden, Verbänden, Organisationen und Unternehmen steht man heute in der Schweiz den Verträgen positiv gegenüber. Die Umsetzung verlief ohne nennenswerte Zwischenfälle und die meisten Probleme, welche in der kurzen Zeit auftauchten, sind bereits gelöst.

Dank den bestehenden guten Beziehungen zu den Nachbarstaaten und dem starken Informationsaustausch konnte auf Anwendungs- sowie auch auf Koordinationsebene von den langjährigen Erfahrungen der europäischen Staaten profitiert werden. Das ist mit ein Grund, weshalb die Anlaufphase relativ kurz ausfiel. Ein anderer ebenso wichtiger Grund war die lange und

gewissenhafte Vorbereitung. Bereits vor In-Kraft-Treten hat man versucht, die betroffenen Stellen und Personen durch Kreisschreiben, Merkblätter, Broschüren und Veranstaltungen umfassend zu informieren und so die Umsetzung der bilateralen Abkommen von Anfang an in die richtige Bahn zu leiten.

Die Umsetzung der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen des FZA

Dieser positive Grundtenor gilt auch für die Verwaltung, die Umsetzung und praktische Anwendung der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen des FZA, welche bekanntlich als besonders komplex gelten. Sie funktionieren im Allgemeinen gut. Verständlicherweise hat die Umstellung von den bilateralen Sozialversicherungsabkommen zu einer europaweiten Koordination im Bereich der Sozialen Sicherheit zu einer Reihe von Fragen geführt. Da gewisse dieser Probleme an das Koordinierungssystem an sich gebunden sind, können sie nur schwer gelöst werden. Mit der Vereinfachung des Gemeinschaftsrechts, welche sich zurzeit in Vorbereitung befindet, werden durchführbare Lösungen angestrebt.

Die meisten Hindernisse konnten jedoch durch eine Festigung der Praxis im Allgemeinen zur Zufriedenheit der Versicherten überwunden werden.

Die anfänglichen Schwierigkeiten sind vor allem auf den grösseren Verwaltungsaufwand zurückzuführen. Dieser wiederum ergab sich durch die Einarbeitung der anwendenden Behörden in das neue Verfahren. In der Zwischenzeit hat sich das Verfahren jedoch gut eingespielt.

Probleme und Lösungen

Trotz der schnell und effizient angelaufenen Umsetzung zeigten sich einzelne grundsätzliche Probleme.

- So bereitet die sachgemässe und effiziente Information der Betroffenen nach wie vor Schwierigkeiten. Die ausländischen Daten, welche die Erwerbstätigkeit, den Rentenbezug oder die Familienangehörigen betreffen, sind oftmals schwer zugänglich. Das bedeutet, dass die versicherte Person selbst tätig werden muss. Die meisten Versicherten sind sich jedoch dieser Meldepflicht nicht bewusst. Dieselbe Problematik gilt auch im Umgang mit den neuen Formularen.

- Ebenso problematisch ist die für viele Betroffene unumgängliche Auseinandersetzung mit den unbekanntem ausländischen Sozialversicherungssystemen. Dies zum Beispiel dann, wenn ein Arbeitgeber die Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitnehmenden in einem anderen als dem gewohnten Land bezahlen muss.
- Das FZA stützt sich auf das zur Zeit der Unterzeichnung bestehende EG-Recht. Aufgrund dieser statischen Natur des FZA hinken dessen Regelungen den Entwicklungen des Gemeinschaftsrechts hinterher. Das Verfahren zur Anpassung war im ersten Jahr unklar und wird auch in Zukunft langsam bleiben. Für eine optimale Koordination im ganzen europäischen Raum fehlt des Weiteren eine Verbindung zwischen dem FZA und dem EFTA-Abkommen.
- Die hauptsächlichsten Probleme im Anwendungsbereich des Koordinationsrechtes betreffen die Krankenversicherung. Das Krankenversicherungswahlrecht für Grenzgänger, das Behandlungswahlrecht für gewisse Versichertengruppen, die Feststellung der anwendbaren Tarife sowie die rechtzeitige Einführung der massgebenden EG-Prämien sind nach

wie vor immer wieder Gegenstand von Anfragen und Diskussionen.

Wie bereits gesagt, besteht die Ursache der meisten dieser Probleme in der noch relativ ungefestigten Verwaltungspraxis. Die Abläufe waren neu und unbekannt. Das hatte logischerweise Schwierigkeiten in der Umsetzung zur Folge. Es ist jedoch nur eine Frage der Zeit, bis sich dies eingespielt hat. Eine einmal gefestigte Verwaltungspraxis wird es ermöglichen, noch umfassender zu informieren. Die Umsetzung der komplexen Regelungen des Koordinationsrechtes hat bereits ihren Schrecken verloren und wird im Laufe der Zeit selbstverständlich werden.

Was bleibt, ist die Frage der Zukunft. Da sich das Koordinationsrecht ständig weiterentwickelt, werden immer wieder neue Fragen und Situationen auftauchen, für die Antworten und Lösungen gefunden werden müssen. Die zunehmende Erfahrung der Behörden wird diese ständige Aufgabe in Zukunft erleichtern.

Deborah Schibler, lic. iur., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten, Bereich Abkommen, BSV; E-mail: deborah.schibler@bsv.admin.ch

Wo gibt es Informationen?

1. Informationen für die Versicherten

Informationen sind in erster Linie bei den Versicherungsträgern (Ausgleichskassen, Kranken- und Unfallversicherer, Arbeitslosenstellen usw.) erhältlich.

Soziale Sicherheit Schweiz-EG:

www.soziale-sicherheit-ch-eu.ch

Grundzüge der sozialversicherungsrechtlichen Inhalte des Abkommens, umfassende Informationen zu allen Sozialversicherungszweigen, Beratungsangebote nach verschiedenen Kriterien

Bundesamt für Sozialversicherung: www.bsv.admin.ch

Rubrik Internationales und einzelne andere Rubriken: verschiedene Informationen zum Personenverkehrsabkommen Schweiz-EG

AHV-IV-Institutionen: www.ahv-iv.info

Rubrik Bilaterale Abkommen: neben dem Merkblatt für Entsendungen insbesondere 2 Broschüren

- Soziale Sicherheit in der Schweiz, Informationen für Staatsangehörige der Schweiz oder der EG in der Schweiz
- Soziale Sicherheit in der Schweiz und der EG – Informationen für Staatsangehörige der Schweiz oder der EG in einem EG-Staat

Die gedruckte Ausgabe kann bei den Ausgleichskassen bezogen werden.

Gemeinsame Einrichtung KVG, Solothurn: www.kvg.org

Rubrik Koordination: Informationen betreffend Krankenversicherung (Fragen von Rentner/innen, Touristen in der EG/EFTA)

2. Informationen für die Versicherungsträger

www.bsv-vollzug.ch

Verschiedene Rubriken: Informations-/Kreisschreiben an die Durchführungsstellen; Rubrik INT: Abkommenstext inkl. EWG-Verordnungen, Formulare, Verzeichnisse der zuständigen Stellen usw.

3. Weitere Informationen

Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (IMES): www.imes.admin.ch

Informationen über Aufenthaltsbewilligungen, Familiennachzug, Nichterwerbstätige etc.

Integrationsbüro EDA/EVD: www.europa.admin.ch

Rubrik Bilaterale Abkommen I: Allgemeine Informationen über alle sieben Abkommen Schweiz-EG, offizielle Texte (Botschaften, Vertragstexte) usw.

Rubrik Publikationen: Broschüren

- Schweizerinnen und Schweizer in der EU/Was ändert sich mit dem bilateralen Abkommen zur Personalfreizügigkeit?
- EU-Bürgerinnen und -Bürger in der Schweiz/Was ändert sich mit dem bilateralen Abkommen zur Personalfreizügigkeit?

4. Europa

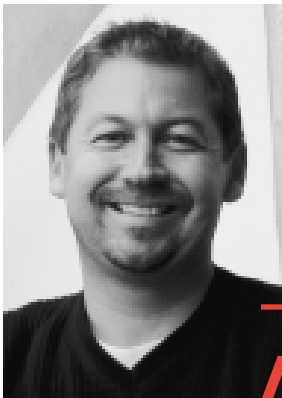
Europäische Kommission/Beschäftigung und Soziales:

www.europa.eu.int/comm/employment_social

vgl. insbesondere Rubrik Koordinierung der Sozialen Sicherheit

Erste Erfahrungen mit dem Freizügigkeitsabkommen (FZA)

Am 1. Juni 2003 war es genau ein Jahr her, seit die bilateralen sektoriellen Abkommen mit der EU in Kraft getreten sind. Das Freizügigkeitsabkommen bildet nach der Beurteilung von Economiesuisse und Arbeitgeberverband das Kernstück der bilateralen Verträge. Es besitzt die grösste Tragweite und von ihm sind auch die stärksten wirtschaftlichen Auswirkungen zu erwarten. Vertiefte volkswirtschaftliche Analysen über die Auswirkungen des Freizügigkeitsabkommens liegen ein Jahr nach dessen In-Kraft-Treten noch keine vor. Eine erste Zwischenbilanz lässt sich gleichwohl ziehen.



Martin Hirsbrunner
IMES

Die Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens

Die Umsetzung des FZA hat bis jetzt zu keinen grösseren Problemen geführt. Wir können daher über das erste Jahr insgesamt eine positive Bilanz ziehen. Allerdings stellen wir fest, dass die Kontingente überdurchschnittlich ausgeschöpft sind. Wir befinden uns aber immer noch in der ersten Phase der Übergangsfrist; d.h. der freie Personenverkehr mit der EU ist noch nicht vollständig verwirklicht.

Der Vollzug des Abkommens ist vollständig auf die Kantone übergegangen. Verschiedene Kantone haben interkantonale Arbeitsgruppen gebildet zur Lösung von Praxisfragen. Der Bund (IMES) trägt durch Weisungen¹ und Beratung der Kantone dazu bei, eine möglichst einheitliche Praxis in den Kantonen sicherzustellen.

Generell stark gestiegen ist jedoch das Bedürfnis der Bürger nach Informationen.

Was hat sich mit dem Freizügigkeitsabkommen im Ausländerrecht geändert?

Die folgenden Änderungen sind bereits am **1. Juni 2002** in Kraft getreten:

- **Nichtdiskriminierung**/Inländergleichbehandlung;
- **Rechtsansprüche** auf Bewilligungserteilung;
- **Rechtsweg**; Verwaltungsgerichtsbeschwerde
 - für **Arbeitnehmer** unter dem Vorbehalt der **Übergangsfrist** für die arbeitsmarktliche Zulassung;
 - für **Nichterwerbstätige unmittelbarer** Rechtsanspruch auf Bewilligungserteilung, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind (genügende finanzielle Mittel; Krankenversicherung);
- berufliche und geografische **Mobilität**;
- **Familiennachzug** nach dem Gemeinschaftsrecht;
- Recht auf Einreise und Aufenthalt für **Dienstleistungserbringer** (bis 90 Arbeitstage bzw. im Rahmen eines Dienstleistungs-Abkommens);
- **Verbleiberecht nach Beendigung der Beschäftigung**.

Übergangsregelung im FZA

Derzeit läuft die **erste Phase der Übergangsperiode**, d.h. es sind nach wie vor Arbeitsbewilligungen erforderlich; Inländervorrang und Lohnkontrolle gelten noch bis zum 31. Mai 2004, die Höchstzahlen bis zum 31. Mai 2007. Die Bewilligungsvoraussetzungen werden während dieser Zeit weiterhin durch die kantonalen Arbeitsmarktbehörden kontrolliert.

Die **2. Phase der Übergangsperiode** tritt am 1. Juni 2004 in Kraft; sie gestaltet sich wie folgt:

- Wegfall von Inländervorrang und Lohnkontrolle;
- Wegfall der arbeitsmarktlichen Prüfung (Vorentscheid KIGA) ab 1. Juni 2004;
- Meldeverfahren für Aufenthalte bis drei Monate für Arbeitnehmer und selbständig Erwerbstätige;
- Meldeverfahren für entsandte Arbeitnehmer im Entsendegesetz (-verordnung);
- Registrierung der Meldungen im Zentralen Ausländerregister ZAR (Kontrolle);
- **Flankierende Massnahmen** zum Personenverkehr; die vom Parlament beschlossenen flankierenden

¹ Verordnung vom 22. Mai 2002 über die schrittweise Einführung des freien Personenverkehrs zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft und deren Mitgliedstaaten sowie unter den Mitgliedstaaten der Europäischen Freihandelsassoziation (Verordnung über die Einführung des freien Personenverkehrs, VEP, SR 142.203).

Massnahmen werden per 1. Juni 2004 in Kraft gesetzt werden (Möglichkeit der Festsetzung von Mindestlöhnen in GAV und NAV, wenn Lohndumping nachgewiesen wird).

Einwanderung

Vertiefte volkswirtschaftliche Analysen über die Auswirkungen des Personenverkehrs sind ein Jahr nach dem In-Kraft-Treten des FZA noch keine vorhanden, unter anderem weil der freie Personenverkehr mit der EU derzeit noch nicht vollumfänglich verwirklicht ist.

Trotzdem lassen sich bereits gewisse Trends beschreiben. Der Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung (EG/EFTA) ist in den letzten zwölf Monaten um 1,7 % angestiegen. In den Vorjahren hat die Zuwachsrate nur 0,7 % betragen oder war gar negativ (1996–2000). Dieser Trend liegt im Sinne der Ausländerpolitik des Bundesrates (duales Zulassungssystem; Konzentration der Rekrutierungen auf den europäischen Raum). Der Zuwachs der ständigen Wohnbevölkerung aus Drittstaaten ist dagegen rückläufig. Auch die Zahl der Grenzgänger hat insgesamt um 3,3 % auf 157 292 zugenommen. Der Anstieg der ausländischen Wohnbevölkerung ist vor allem auf deutsche Staatsangehörige (+8209) sowie auf Portugiesen (+7943) zurückzuführen.

Kontingente / Höchstzahlen

Die im Abkommen vorgesehenen Höchstzahlen wurden als Indikativkontingente auf die Kantone aufgeteilt. Die Kontingente für Daueraufenthalter wurden erwartungsgemäss sehr stark beansprucht. Sie waren nach zehn Monaten (Ende März 2003) völlig ausgeschöpft. Mit In-Kraft-Treten des Abkommens musste allerdings mit **gewissen Bereinigungseffekten** gerechnet werden:

- Umwandlung **Grenzgänger- in Aufenthaltsbewilligungen (Deutschland)**.
- Es bestand ein gewisser **Nachholbedarf im mittleren und unteren Qualifikationsbereich** vor allem bei den **KMU** (Qualifikation).
- Bereinigung von **Schwarzarbeitsverhältnissen**.
- Systemumstellung; massgebend ist allein der **Arbeitsvertrag**, nicht mehr die **Qualifikation** des Ausländers wie bisher.

Es kann insgesamt festgestellt werden, dass die Zuwanderung aus Deutschland – vor allem in den Grenz-

kantonen – signifikant zugenommen hat. Es sind vermutlich einerseits fiskalische Gründe, welche die Schweiz für die Zuwanderung aus Deutschland attraktiv machen, andererseits beobachten wir – aufgrund des weniger stark regulierten Arbeitsmarktes in der Schweiz – auch in zunehmendem Masse Sitzverlegungen in die Schweiz (wirtschaftspolitische Komponente).

Die Nachfrage nach Kurzaufenthalterbewilligungen hat sich dagegen eher unterdurchschnittlich entwickelt. Dies entspricht der derzeitigen konjunkturellen Entwicklung im Saisongewerbe (Tourismus, Gastgewerbe). Aufgrund des angespannten Konjunkturverlaufs und der schwierigen Situation auf dem Arbeitsmarkt hat der Bundesrat jedoch darauf verzichtet, die Kontingente zu erhöhen.

Inländerdiskriminierung

Ein im Vorfeld nicht oder nur ungenügend wahrgenommenes Phänomen stellt die **Problematik der Inländerdiskriminierung** dar. Schweizer, die sich in der Schweiz aufhalten, können sich nicht auf das Freizügigkeitsabkommen berufen. Dies wirkt sich insbesondere beim Familiennachzug der Schweizer bezüglich Drittstaatsangehöriger aus. Durch Verordnungsänderung wurde zwar der Kreis der berechtigten Personen erweitert, es wurden jedoch keine Rechtsansprüche geschaffen. Eine Gesetzesänderung ist jedoch vorgesehen im Rahmen des Gesetzes für Ausländerinnen und Ausländer (AuG), das derzeit im Parlament beraten wird.

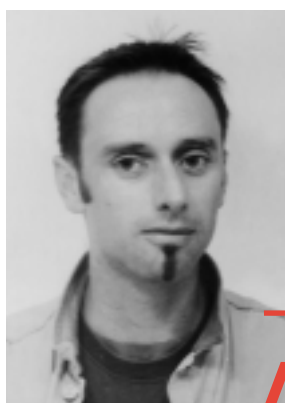
Auswanderung / Reziprozität

Seit dem 1. Juni 2002 haben auch Schweizerinnen und Schweizer weitgehend freien Zugang zum europäischen Arbeitsmarkt. Die meisten europäischen Staaten verzichten bereits heute auf eine Arbeitsbewilligung (Inländervorrang und Lohnkontrolle) und gewähren den Schweizern die volle Freizügigkeit. Die Beratungstätigkeit des IMES bestätigt, dass das Interesse der Schweizer an einem Arbeitsaufenthalt in der EU stark zugenommen hat. Genaues statistisches Material in diesem Bereich liegt allerdings noch nicht vor.

Martin Hirsbrunner, lic. iur. HSG, Leiter des Bereichs Freizügigkeitsabkommen im Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (IMES); E-Mail: martin.hirsbrunner@imes.admin.ch

Die Anwendung der neuen Unterstellungsregeln

Seit In-Kraft-Treten des Freizügigkeitsabkommens CH-EG und des EFTA-Übereinkommens gilt bei grenzüberschreitenden Arbeitsverhältnissen nur noch das Sozialversicherungsrecht eines einzigen Staats. Eine Ausnahme besteht lediglich in Bezug auf die Versicherungspflicht in der schweizerischen Krankenversicherung. Die Einführung und Anwendung der neuen Regeln stellt die Betroffenen in mancher Hinsicht vor ungewohnte Tatsachen und verlangt eine verstärkte internationale Zusammenarbeit.



Stephan Cueni
BSV, Ressort Abkommensanwendung

Anwendung der Rechtsvorschriften eines einzigen Staates

Bei den Unterstellungsvorschriften im Bereich der Sozialen Sicherheit brachten das Freizügigkeitsabkommen CH-EG und das revidierte EFTA-Übereinkommen¹ eine wichtige Änderung mit sich. Bei Tätigkeiten in mehreren Staaten erfolgt die Unterstellung grundsätzlich nicht mehr getrennt in den jeweiligen Staaten, sondern in einem einzigen Staat. Beitragspflichten und Leistungsansprüche richten sich ausschliesslich nach der Gesetzgebung eines Staates, des sogenannten zuständigen Staates. Die Durchsetzung dieses neuen Grundsatzes hat in bestimmten Fällen erhebliche Auswirkungen für die Beteiligten.

Tätigkeit im Gebiet von zwei oder mehr Staaten

Eine Person, die gewöhnlich im Gebiet von zwei oder mehr Staaten tätig ist (und nicht zum fahrenden oder fliegenden Personal eines Transportunternehmens gehört),

ist gemäss Titel II der Verordnung (EWG) Nr.1408/71 grundsätzlich immer nur den Rechtsvorschriften der Sozialen Sicherheit eines einzigen Staates unterworfen. Das Erwerbortsprinzip ermöglicht in diesen Fällen keine eindeutige Zuordnung. Je nach Konstellation sind deshalb die Rechtsvorschriften am Wohnsitz (Art. 14 2b i und 14a 2), am Arbeitgebersitz (Art. 14 2b ii), am Ort der Haupttätigkeit (Art. 14a 2) oder der unselbständigen Tätigkeit (Art. 14c a) anwendbar. Von dieser Grundregel gibt es nur eine geringfügige Ausnahme: Wer gleichzeitig in einem Staat als Arbeitnehmer und in einem anderen Staat als Selbständiger tätig ist, kann in bestimmten Fällen in beiden Staaten versichert sein (Art. 14c b).

So sind **Grenzgänger mit einer Arbeitnehmertätigkeit in der Schweiz und einer kleinen Arbeitnehmertätigkeit im Wohnland** für beide Tätigkeiten ausschliesslich den Rechtsvorschriften des Wohnlandes unterstellt, während früher jede Tätigkeit separat am jeweiligen Erwerbort unterstellt wurde. Nach einschlägiger EuGH-Rechtsprechung ist der zeitliche Umfang der Nebenbeschäftigung nicht massgebend, und bereits eine geringfügige Tätigkeit kann zu einer Unterstellung im Wohnland führen.²

Die Schweiz ist ein Land mit einer verhältnismässig grossen Anzahl Grenzgänger aus den Nachbarstaaten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass viele Grenzgänger im Wohnland eine Nebentätigkeit ausüben.

Es gibt aber auch **andere Personen, die regelmässig oder wiederholt eine Tätigkeit in mehreren Staaten** ausüben und von der Neuregelung betroffen sind. Eine Grosszahl schweizerischer Unternehmen setzt ihre Angestellten gewöhnlich in mehreren Staaten ein. Es handelt sich dabei um Angestellte von Reiseunternehmen und Personalverleihfirmen, um Monteure, Handelsreisende, Opernsänger, Musiker, Journalisten usw. Auch hier führt die Anwendung der Kollisionsnormen der VO 1408/71 meistens zur Erfassung in einem einzigen Staat, in der Regel im Wohnland oder im Land des Arbeitgebersitzes.

Praktische Auswirkungen

Die Unterstellung der gesamten Tätigkeit im Wohnland oder im Land des Betriebsitzes kann erhebliche

1 Im schweizerisch-lichtensteinischen Verhältnis erfolgt die Unterstellung bei Tätigkeiten in beiden Staaten weiterhin getrennt.
2 EuGH-Urteile in der Rs C-425/93 Calle Grenzshop vom 25.03.1995 und in der Rs C-2/89 Kits van Heijningen vom 3.5.1990.

Die Beitragssätze am 1.1.2003 in unseren Nachbarstaaten

1

(Quelle: MISSOC 2003)

Staat	Risiko	Arbeitgeber	Arbeitnehmer	Beitragsplafond
D	Krankheit, Mutterschaft ¹	7,20 %	7,20 %	41 400 € pro Jahr
	Alter, Invalidität, Tod	9,75 %	9,75 %	61 200 € pro Jahr
	Berufsunfall	% je nach Risiko	–	–
	Arbeitslosigkeit	3,25 %	3,25 %	61 200 € pro Jahr
	Pflegeversicherung	0,85 %	0,85 %	41 400 € pro Jahr
	Total	20,65 %	20,65 %	
A	Krankheit, Mutterschaft			
	<i>Arbeiter</i>	3,65 %	3,95 %	3360 € pro Monat
	<i>Angestellte</i>	3,50 %	3,40 %	3360 € pro Monat
	Alter, Invalidität, Tod	12,55 %	10,25 %	3360 € pro Monat
	Wohnungsbeihilfe	0,50 %		3360 € pro Monat
	Insolvenzzuschlag	0,70 %		3360 € pro Monat
	Berufsunfall und -krankheit	1,40 %		3360 € pro Monat
	Arbeitslosigkeit	3,00 %	3,00 %	3360 € pro Monat
	Total			
	<i>Arbeiter</i>	21,80 %	18,20 %	
<i>Angestellte</i>	21,65 %	17,65 %		
I	Krankheit, Mutterschaft			
	<i>Arbeiter</i>	2,88 %		
	<i>Angestellte</i>	0,44 %		
	Alter, Invalidität	23,81 %	8,89 %	
	Berufsunfall	% je nach Risiko		
	Arbeitslosigkeit			
	<i>Arbeiter</i>	4,41 %	0,30 %	
	<i>Angestellte</i>	2,21 %	0,30 %	
	Familienlasten	2,48 %		
	Total			
<i>Arbeiter</i>	33,58 %	9,19 %		
<i>Angestellte</i>	28,74 %	9,19 %		
F	Krankheit, Mutterschaft, Invalidität	12,80 %	0,75 %	
	Alter	8,20 %	6,55 %	2432 € pro Monat
	Alter	1,60 %	–	
	Verwitwung	–	0,10 %	
	Berufsunfall	% je nach Risiko	–	
	Arbeitslosigkeit	2,00 %	3,60 %	9728 € pro Monat
	Familienlasten	5,40 %	–	
	Allgemeine Sozialbeiträge (CSG und CRDS) ²	–	8,00 %	95 % des Lohnes
	Total	29,00 %	19,00 %	
	Ergänzende Rentensysteme			
	<i>Nichtkader</i>			
	Tranche A	3,00 %	4,50 %	2432 € pro Monat
	Tranche B	6,00 %	9,00 %	2432 – 9728 € pro Monat
<i>Kader</i>				
Tranche A (ARRCO)	3,00 %	4,50 %	2432 € pro Monat	
Tranche B – C (AGIRC) ³	7,50 %	12,50 %	2432 – 9728 € pro Monat	

1 Der Beitragssatz in der Krankenversicherung entspricht einem Durchschnitt, da jede Krankenkasse den Betrag individuell festlegt.

2 Personen, die den französischen Rechtsvorschriften über Soziale Sicherheit unterstellt sind, aber keinen steuerrechtlichen Wohnsitz in Frankreich haben, müssen diese beiden allgemeinen Sozialbeiträge nicht zahlen. Sie schulden hingegen einen Arbeitnehmerbeitrag von 5,5% auf dem gesamten Einkommen an die Krankenversicherung.

3 Auf der Lohntranche C zwischen 9728 € und 19 456 € pro Monat ist die Aufteilung der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge frei.

Auswirkungen auf die Beitragslast, die Leistungsansprüche und den Verwaltungsaufwand haben.

Für Personen, die regelmässig oder wiederholt eine Tätigkeit in mehreren Staaten ausüben, kann die Unterstellung unter die Rechtsvorschriften eines einzigen Staates in Bezug auf die Vorsorgeplanung vorteilhaft sein. Ein ständiger Wechsel der anwendbaren nationalen Rechtsvorschriften bei regelmässigen oder wiederholten kurzfristigen Tätigkeiten in mehreren Staaten würde nämlich den Aufbau einer zusammenhängenden Versicherungskarriere sowie einer sinnvollen Zusatzvorsorge (ergänzende betriebliche bzw. private Renten- oder Krankenversicherungen) verunmöglichen.

Die Einführung dieser Regelung stellt jedoch die Beteiligten vor einige Herausforderungen.

Führt die Anwendung der neuen Unterstellungsregeln nämlich dazu, dass nur die Rechtsvorschriften eines EU/EFTA-Mitgliedstaates anwendbar sind, so ist die betreffende Person in Bezug auf alle Sozialversicherungszweige nur noch im jeweiligen EU/EFTA-Mitgliedstaat beitragspflichtig. Dies gilt auch für ihren Arbeitgeber, unabhängig davon, ob er seine Betriebsstätte im betreffenden EU/EFTA-Mitgliedstaat oder in der Schweiz hat.

Für Versicherte, die vorher in der Schweiz versichert waren, kann dies bedeuten, dass sie unter Umständen ihre Versicherungskarriere in der Schweiz, auch freiwillig, nicht weiterführen können. Sie müssen sich auf andere Beitragslasten (s. **Tabelle 1:** Beitragsätze in unseren Nachbarstaaten am 1.1.2003) und einen neuen Leistungskatalog einstellen. Auch ihre schweizerischen Arbeitgeber müssen sich umstellen und neu mit dem zuständigen ausländischen Versicherungsträger abrechnen. Sie können allenfalls mit ihrem Angestellten vereinbaren, dass dieser die Aufgabe des Arbeitgebers übernimmt, Beiträge mit der zuständigen ausländischen Stelle abzurechnen. Die Arbeitgeber haften jedoch trotzdem für die Beitragszahlung.

Führt die Anwendung der neuen Unterstellungsregeln hingegen dazu, dass die schweizerischen Rechtsvorschriften anwendbar sind – beispielsweise bei einem Selbständigerwerbenden in Deutschland, der in der Schweiz gleichzeitig ein Verwaltungsratsmandat ausübt – so ist die betreffende Person in Bezug auf alle Sozialversicherungszweige in der Schweiz beitragspflichtig. Auch in diesem Fall kann sich die Beitragslast ändern: Während Selbständigerwerbende nach deutschem Recht in der Regel keine Beiträge entrichten, wird diese Tätigkeit in der AHV/IV beitragsrechtlich erfasst. Je nach Konstellation kann die Unterstellung unter das Recht eines einzigen Staates aber auch zu einer erheblich geringeren Beitragsbelastung und zu besseren Leistungsansprüchen führen.

Grenzüberschreitender Beitragseinzug

Für die schweizerischen Sozialversicherungsträger stellt die Abrechnung mit ausländischen Arbeitgebern bzw. mit der im Ausland selbständig erwerbenden Person ein Novum dar. Sie müssen sich mit den ausländischen Unternehmen direkt in Verbindung setzen, um die erforderlichen Angaben für die Festsetzung und den Einzug der Beiträge nach schweizerischem Recht zu erhalten. Allerdings kann auch in diesem Fall das Verfahren vereinfacht werden durch eine Vereinbarung, wonach der Arbeitnehmer anstelle des Arbeitgebers die Beitragsabrechnung bei den schweizerischen Sozialversicherungsträgern übernimmt.

Die Verordnungen 1408/71 und 574/72 erleichtern den grenzüberschreitenden Beitragseinzug bis zu einem bestimmten Mass. Schweizerische Versicherungsträger haben die Möglichkeit, bei Zweifeln an der Richtigkeit der Angaben eines ausländischen Arbeitgebers oder bei fehlenden Angaben, diese von den zuständigen Stellen in den EU/EFTA-Mitgliedstaaten zu verlangen. Die in der Schweiz geschuldeten Beiträge können auf dem Gebiet eines EU/EFTA-Mitgliedstaates grundsätzlich nach dem Verwaltungsverfahren und mit den Sicherungen und Vorrechten eingezogen werden, die für den Beitragseinzug im betreffenden Staat gelten. So können beispielsweise vollstreckbare Beitragsforderungen schweizerischer Sozialversicherungsträger gegenüber deutschen Schuldnern direkt an die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) in Bonn übermittelt werden, welche darauf die deutschen Hauptzollämter mit der Vollstreckung beauftragt, als handelte es sich um eine deutsche Forderung. Umgekehrt können ausländische Beitragsforderungen auch in der Schweiz eingetrieben werden. Der Abschluss von Vollstreckungsabkommen mit einzelnen EU/EFTA-Mitgliedstaaten soll in Zukunft den grenzüberschreitenden Beitragseinzug noch zusätzlich absichern.

Ausnahmevereinbarungen

Artikel 17 VO 1408/71 bietet den zuständigen nationalen Behörden die Möglichkeit, Ausnahmen von den Artikeln 13–16 im Interesse bestimmter Personengruppen oder Personen zu vereinbaren. So könnte theoretisch auch der Grundsatz der Unterstellung unter die Rechtsvorschriften eines einzigen Staates umgangen werden. Das Verfahren nach Artikel 17 erweist sich in der Praxis jedoch als zeitraubend. Die Anzahl der Arbeitskräfte in der Schweiz mit einer Tätigkeit in anderen Staaten ist verhältnismässig gross und nimmt angesichts der fortschreitenden Mobilität vermutlich weiter zu. Es ist für die zuständigen Behörden der beteiligten

Staaten unmöglich, jeden Einzelfall zu prüfen und eine Sondervereinbarung im Interesse der versicherten Person abzuschliessen. Der Abschluss von Ausnahmevereinbarungen für ganze Personengruppen ist ebenfalls nicht unproblematisch, denn sie könnten zur systematischen Umgehung der Beitragspflicht in bestimmten Staaten führen und ein gefährliches Präjudiz darstellen. Es ist zudem sehr schwierig zu überprüfen, ob solche Pauschalregelungen noch im wirklichen Interesse der Einzelperson liegen.

Abweichung in der Krankenversicherung

Der Grundsatz der Unterstellung unter das Recht bloss eines Staates gilt für alle Versicherungszweige (AHV, IV, ALV, BVG, UV, KV, FZ). Im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens CH/EG wurde jedoch im Bereich Krankenversicherung davon abgewichen. Führt die Anwendung der neuen Unterstellungsregeln dazu, dass die schweizerischen Rechtsvorschriften anwendbar sind, so besteht bei Wohnsitz in bestimmten Staaten die Möglichkeit, sich von der Krankenversicherung in der Schweiz befreien zu lassen, d.h. ein sogenanntes Optionsrecht.

Ausnahmen von der Versicherungspflicht in der schweizerischen Krankenversicherung wurden auch Rentnern, Arbeitslosen und nichterwerbstätigen Familienangehörigen mit Wohnsitz in bestimmten Staaten gewährt.

Die Einführung des «Optionsrechts» stellte die Beteiligten vor einige Herausforderungen. Die Information der betroffenen Personen erwies sich als schwierig und konnte nicht überall rechtzeitig erfolgen.

Verschiedene EU-Mitgliedstaaten verlangten nachträglich Anpassungen des Abkommens:

- Portugal und Finnland zogen das Optionsrecht zurück.
- Spanien präzisierte, dass nichterwerbstätige Familienangehörige von Rentnern das Optionsrecht nur zusammen mit dem Rentner entsprechend der Regelung

im Schlussprotokoll zum schweizerisch-spanischen Sozialversicherungsabkommen ausüben könnten.

- Deutschland verlangte die separate Ausübung des Optionsrechts für Familienangehörige.
- Frankreich wollte auf Verlangen der Grenzgängerorganisationen auch das Optionsrecht einführen. Dessen Umsetzung brachte einige Unwägbarkeiten mit sich in Bezug auf die Versicherungsmöglichkeiten in Frankreich, da das französische Recht nicht rechtzeitig angepasst werden konnte. Die Befreiungsfristen mussten schweizerischerseits mehrmals verlängert werden.

Unklarheit bestand lange auch bezüglich der Leistungsansprüche von in der Schweiz erwerbstätigen Personen, die das Optionsrecht ausgeübt haben. Im Freizügigkeitsabkommen wurde inzwischen präzisiert, dass diese Personen bei Krankheit und Mutterschaft auch in der Schweiz Anspruch auf alle erforderlichen Leistungen haben.

Dank zusätzlicher Information und einer Verfeinerung der Abkommensbestimmungen sollte nun die Ausübung des Optionsrechts weitgehend problemlos erfolgen können.

Auch wenn die praktische Umsetzung und die Durchsetzung der Anwendbarkeit der Gesetzgebung bloss eines Staates bzw. des Optionsrechts in der Krankenversicherung in der Einführungsphase eine Herausforderung darstellen, dürfen die praktischen Auswirkungen nicht überschätzt werden. Die meisten Personen haben ihren Arbeits- und Wohnort in ein- und demselben Staat.

Die Umsetzung nationaler Gesetzesrevisionen im Bereich der Sozialen Sicherheit stellt die Beteiligten erfahrungsgemäss vor bestimmte Herausforderungen. Dies gilt nicht weniger für die Einführung neuer zwischenstaatlicher Unterstellungsregeln im Verhältnis zu 18 Staaten.

Stephan Cueni, lic. rel. int. (HEI), Leiter des Ressorts Abkommensanwendung im Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten des BSV; E-mail: stephan.cueni@bsv.admin.ch

Internationale Koordination der Krankenversicherung

Mit dem Personenfreizügigkeitsabkommen hat die Schweiz die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72, welche die unterschiedlichen Systeme der sozialen Sicherheit in der EG koordinieren, übernommen. Dieses Koordinationsrecht existiert zwar schon lange und es ist somit für die Mitgliedstaaten der EG wie auch für die EFTA-Staaten Island, Norwegen und Fürstentum Liechtenstein eine altvertraute Materie. Die Schweiz hingegen musste sich auf weit reichende Neuerungen einstellen.



Pierre Ribaut
Gemeinsame Einrichtung KVG,
Solothurn

Die Herausforderung

Für die Schweiz war der Anpassungsbedarf im Bereich der Krankenversicherung besonders weit tragend:

- Die Einführung des Erwerbortprinzips hat das in der Schweiz übliche Wohnlandprinzip überlagert. Dies bedeutet, dass Personen, die in einem EG-/EFTA-Staat wohnen, aber in der Schweiz arbeiten, in der Schweiz versichert sein müssen. Auch für Rentner, die immer nur in der Schweiz gearbeitet haben und das Alter in einem EG-/EFTA-Staat verbringen, gilt diese Versicherungspflicht in der Schweiz. Je nach Wohnstaat können allerdings Sonderbestimmungen zur Anwendung kommen. Umgekehrt können Personen, die in einem EG-/EFTA-Staat berufstätig sind oder waren, nicht mehr in der Schweiz versichert sein.
- Versicherte aus den EG-/EFTA-Staaten haben bei Krankheit oder Unfall Anspruch auf Sachleistungen (ambulante und stationäre Behandlung), als ob sie in der Schweiz versichert wären (sog. Leistungsaus-hilfe).

- Nebst dem komplizierten Koordinationsrecht sind auch die im Anhang II des Personenfreizügigkeitsabkommens enthaltenen Besonderheiten für die Schweiz zu beachten. Zudem müssen die helvetischen Partikularismen in der Krankenversicherung (Individualversicherung, d.h. keine Mitversicherung der nicht erwerbstätigen Familienangehörigen, separate Unfallversicherung für Arbeitnehmer usw.) berücksichtigt werden.
- Das Personenfreizügigkeitsabkommen wird dem Rechtsbestand der EG nur mit Verzögerung angepasst. Dessen Änderungen in der Zwischenzeit müssen im pragmatischen Sinne vorweggenommen werden, um die vom Abkommen erfassten Personen von allfälligen nachteiligen Auswirkungen einer Anwendung unterschiedlicher Koordinationsregeln zu verschonen.

Alle beteiligten Stellen waren im ersten Jahr der Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens stark gefordert: Das Bundesamt für Sozialversicherung, die Gemeinsame Einrichtung KVG, die Krankenversicherer, die Versicherten, die Kantone, die Gemeinden, die Leistungserbringer und die Arbeitgeber. Der Informationsbedarf war enorm. Zum Glück konnte immer wieder auf die Erfahrungen der EG-/EFTA-Staaten zurückgegriffen werden. Auch heute noch muss die Gemeinsame Einrichtung KVG täglich zeitaufwändige Auskunftersuchen erledigen.

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Nach dem Personenfreizügigkeitsabkommen ist die Gemeinsame Einrichtung KVG Verbindungsstelle und aushelfender Träger bei Krankheit und Mutterschaft. Hinzu kommen die vom Parlament zugewiesenen Aufgaben für Bezüger einer Schweizer Rente mit Wohnsitz in einem EG-Mitgliedstaat bzw. in Island oder Norwegen (Befreiung von der Versicherungspflicht, Zuweisung nicht Versicherter zu Krankenversicherern, Prämienvverbilligung). Diese neuen Aufgaben sind in der Bundesgesetzgebung (KVG und Verordnungen) aufgelistet und im «Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung» präzisiert.

Aushelfender Träger

Versicherte aus den EG-/EFTA-Staaten erhalten Leistungen für Behandlungen in der Schweiz gemäss

den Bestimmungen des KVG auf dem Wege der Leistungsaushilfe. Im Gegensatz zu den EG-/EFTA-Staaten, wo die gesetzlichen Krankenversicherungsträger aushelfende Träger sind, macht dies in der Schweiz die Gemeinsame Einrichtung KVG alleine. Sie betreut von der Geschäftsstelle in Solothurn aus die ganze Schweiz und ist damit der grösste aushelfende Träger in Europa. Mittelfristig ist mit etwa 100 000 Leistungsaushilfefällen pro Jahr zu rechnen. Zurzeit sind in der Gruppe Leistungsaushilfe über 20 Mitarbeitende beschäftigt. Sie ist nach Herkunftsstaaten der Aushilfebezüger/innen unterteilt, um eine Spezialisierung nach Sprache und Sozialversicherungssystem der betreffenden Staaten zu ermöglichen. Der Umstand, dass die E100-Formulare, welche die Grundlage für die Gewährung der Leistungsaushilfe bilden, in allen Amtssprachen der Abkommensstaaten vorhanden und immer gleich aufgebaut sind, erleichtert die Bearbeitung.

Touristen in der Schweiz

Personen mit vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz (Touristen, Geschäftsreisende) haben nur Anspruch auf die sofort notwendigen Behandlungen (Massnahmen, die nicht bis zur beabsichtigten Rückkehr in den Wohnstaat aufgeschoben werden können). Sie müssen dem Leistungserbringer und der Gemeinsamen Einrichtung KVG das Formular E111 oder bei Zustimmungsfällen (Patient begibt sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz) das Formular E112 vorweisen. Für die Leistungsgewährung gelten die Bestimmungen des KVG und dessen Verordnungen, d.h. wo mit Leistungserbringern vereinbart der Tiers-payant oder – im ambulanten Bereich die Regel – der Tiers-garant. Die Touristen haben dann Mühe zu akzeptieren, dass sie die Rechnung selbst bezahlen müssen, obschon sie im Besitze des Formulars E111 sind. Dieses stellt aber immerhin den Tarifschutz sicher. Der Leistungserbringer trägt allerdings das Inkassorisiko. Wenn der Tourist seine Rechnung dem zuständigen Träger einreicht, schickt dieser die Rechnung mit dem Formular E126 an die Gemeinsame Einrichtung KVG, welche dann den rückerstattungsfähigen Betrag (Kosten nach schweizerischen Tarifen abzüglich Kostenbeteiligung) bestimmen muss. Im laufenden Jahr müssen schätzungsweise rund 12 000 Anfragen der Krankenversicherungsträger in den EG-/EFTA-Staaten mittels Formular E126 bearbeitet werden. Der Tourist hat aber auch die Möglichkeit, direkt bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG die Rückerstattung der Rechnung zu beantragen, was aber eher selten geschieht. Erstaunlicherweise wird praktisch nie eine Barauszahlung verlangt. Im System des Tiers-payant (Gemeinsame Einrichtung KVG ist Schuldnerin der Rechnung des Leistungserbringers) muss diese dem Touristen eine Rechnung für die Kostenbeteiligung (Pauschale pro Behandlungs-

nat) in seinen Wohnstaat schicken. Das Inkasso läuft nicht ohne Probleme ab. Zum einen sind die Gebühren für die Überweisung aus dem Ausland recht hoch. Zum andern ist der grenzüberschreitende Einzug der Kostenbeteiligungen mangels Vollstreckungsabkommen mit den EG-/EFTA-Staaten schwierig, weil nicht klar ist, wie die ausländischen Vollstreckungstitel auszusehen haben, wer sie ausstellen darf und welche Unterlagen erforderlich sind, um die Betreibung und Vollstreckung der Forderungen durchführen zu können. Das BSV bereitet solche Vereinbarungen vor. Kostenbeteiligungen, welche abgeschrieben werden müssen, fallen zu Lasten der Verwaltungskosten, welche von den Schweizer Versicherern übernommen werden. Es wäre zu prüfen, ob das innerstaatliche Recht dahingehend abgeändert werden könnte, dass bei den Touristen mit Anspruch auf Leistungsaushilfe (Formular E111) generell nach dem System des Tiers-payant abgerechnet und die Kostenbeteiligungspauschale vom Leistungserbringer eingezogen werden müsste. Damit wäre allen Beteiligten (Touristen, Leistungserbringer und Gemeinsame Einrichtung KVG) am besten gedient.

Registrierungen

Im Ausland versicherte Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (z.B. entsandte Arbeitnehmer, Grenzgänger, Familienangehörige eines in einem anderen Staat wohnhaften Erwerbstätigen, Bezüger einer Rente aus einem EG-/EFTA-Staat) haben Anspruch auf umfassende Leistungsaushilfe. Voraussetzung ist, dass sie über eine Anspruchsbescheinigung (E-Formular) ihres Versicherungsträgers verfügen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG klärt mittels eines Fragebogens die Familien- und Einkommensverhältnisse ab, damit nur jene Personen als leistungsaushilfeberechtigt eingetragen werden, welche sich nicht bei einem Krankenversicherer in der Schweiz versichern müssen. Für die Befreiung von der Versicherungspflicht sind die Kantone zuständig, welche diese Aufgabe zum Teil an die Gemeinden delegiert haben. Um ungerechtfertigte Befreiungen zu vermeiden, wäre eine Koordination zwischen den Kantonen und der Gemeinsamen Einrichtung KVG nötig. Allerdings ist die Befreiungspraxis der Kantone recht unterschiedlich. Um Deckungslücken zu vermeiden, nimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG je nachdem eine befristete Eintragung vor. Am 30. Juni 2003 waren 8612 Personen als anspruchsberechtigt auf Sachleistungen bei Krankheit, Mutterschaft und Nichtberufsunfall registriert (ohne Touristen).

Kosten der Leistungsaushilfe

Gesamthaft wird die Gemeinsame Einrichtung KVG im laufenden Jahr schätzungsweise für rund 50 Mio. Franken Sachleistungen erbringen. Rund 80 % der

Kosten der Leistungsaushilfe entfallen auf die Touristen aus den EG-/EFTA-Staaten. Infolge der starken Zunahme der Anzahl Leistungsaushilfefälle müssen immer mehr Rechnungen kontrolliert und auch beanstandet werden. Diese Aufgabe wurde der neu geschaffenen Gruppe Tariffdienst und Projekte übertragen.

Tarifffragen

Gemäss Art. 37 KVV gilt für Versicherte, die in einem EG-/EFTA-Staat wohnen, für die Leistungsaushilfe in der Schweiz der ausserkantonale Tarif. Dies bedingt einen vertraglichen oder von der Kantonsregierung erlassenen Tarif, welcher den Anforderungen des KVG entspricht. Insbesondere muss es sich dabei um Vollpauschalen handeln (Art. 49 Abs. 1 KVG). Nur besondere diagnostische und therapeutische Leistungen können separat verrechnet werden (Art. 49 Abs. 2 KVG). In vielen öffentlichen Spitälern entsprach die Rechnungsstellung nicht diesen Grundsätzen, sondern es wurden Einzelleistungen verrechnet. Infolge dessen waren Rechnungsbeträge von 150 000 Franken und mehr keine Seltenheit. Die Verrechnung nicht gesetzeskonformer Tarife im Rahmen der Leistungsaushilfe verstösst gegen das Gebot der Nichtdiskriminierung gemäss Personenfreizügigkeitsabkommen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG machte die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) auf die Probleme im Bereich der Spitaltarife für ausserkantonale Patienten aufmerksam. Die SDK empfahl dann den Kantonen mittels Rundschreiben, die Spitäler über den Sachverhalt zu informieren und darauf hinzuweisen, dass eine Einzelleistungsverrechnung nicht KVG-konform ist. Noch haben nicht alle Kantone die Empfehlungen umgesetzt. Die Bezüger einer Rente eines EG-/EFTA-Staates sowie andere Personen mit Wohnsitz in der Schweiz (z.B. Familienangehörige eines in einem EG-/EFTA-Staat Erwerbstätigen) gelten als Kantonseinwohner im Sinne des KVG. Damit kommt Art. 41 Abs. 3 KVG auch für diese Versicherten zur Anwendung, d.h. bei einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation wird der Kantonsbeitrag gewährt. Die SDK nahm in ihren Empfehlungen an die Kantonsärzte eine entsprechende Präzisierung auf.

Unfälle

In den EG-/EFTA-Staaten werden Nichtberufsunfälle immer über die Krankenversicherungsträger abgewickelt. Die von diesen Trägern ausgestellten Formulare E111 werden in der Schweiz sowohl für Krankheit als auch für Nichtberufsunfälle verwendet. Umgekehrt sind die vom schweizerischen Krankenversicherer abgegebenen Formulare E111 nur für Krankheit gültig, wenn das Unfallrisiko bei einem Unfallversicherer abgedeckt ist. In solchen Fällen muss die verunfallte Person den Unfall ihrem Arbeitgeber oder dem Unfallver-

sicherer melden. Dieser gibt dann seinerseits ein Formular E111 ab. Andernfalls stellt der aushelfende Träger die Unfallkosten via Gemeinsame Einrichtung KVG dem Krankenversicherer in der Schweiz in Rechnung. Auf der Kostenabrechnung ist nicht ersichtlich, ob es sich um einen Unfall handelt. Im Falle eines Spitalaufenthaltes erhält der Krankenversicherer das Formular E113 (Meldung des Spitaleintritts), wo angegeben werden kann, wenn es sich um einen Unfall handelt. Bei Nichtberufsunfällen von Grenzgängern nach der Schweiz, welche für die Krankenversicherung ihres Wohnstaates optiert haben, erfolgt bei doppelter Deckung eine Kostenteilung zwischen dem schweizerischen Unfallversicherer und dem Krankenversicherer des anderen Staates.

Verbindungsstelle

Die Gemeinsame Einrichtung KVG stellt die von ihr aushilfswise erbrachten Leistungen dem zuständigen Träger via Verbindungsstelle des betreffenden Staates je nach Abrechnungsart halbjährlich (effektive Kosten) oder jährlich (Pauschalbetrag) in Rechnung. Bei zwei Personenkategorien mit dauerndem Aufenthalt in der Schweiz (Rentner, Familienangehörige des in einem anderen Staat wohnhaften Erwerbstätigen) sieht das Koordinationsrecht der EG die Verrechnung von Monatspauschalen anstelle der effektiven Kosten vor. Die Berechnung der Pauschalen erfolgt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG. Dazu wird die Statistik des Risikoausgleichs herangezogen. Die Pauschalen müssen vom Rechnungsausschuss der EG-Verwaltungskommission für soziale Sicherheit genehmigt und im Amtsblatt veröffentlicht werden, bevor sie den einzelnen Staaten in Rechnung gestellt werden können. Die für das Jahr 2002 gültigen Pauschalen werden somit frühestens anfangs 2004 verrechnet werden können. Die im Zeitraum von der Leistungserbringung bis zur Zahlung durch den zuständigen Träger anfallenden Zinskosten werden vom Bund übernommen.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt auch das Inkasso beim zuständigen Krankenversicherer in der Schweiz vor, wenn dessen Versicherter in einem EG-/EFTA-Staat Leistungsaushilfe erhielt.

Schweizer Rentner mit Wohnsitz in EG/EFTA

Versicherungsunterstellung

Im Juli 2002 stellte die Gemeinsame Einrichtung KVG allen Bezüger einer Rente der AHV oder IV, die in einem EG-/EFTA-Staat wohnen (267 000 Personen), ein persönliches Schreiben zu, in dem über die Versicherungspflicht nach In-Kraft-Treten des Perso-

nenfreizügigkeitsabkommens informiert wurde. Die grosse Menge von Briefen löste erwartungsgemäss eine wahre Flut von Rückmeldungen aus. Es trafen rund 121 500 Antwortformulare ein, was einer Rücklaufquote von 45,5 % entspricht. In gewissen Fällen ist eine Befreiung von der Versicherungspflicht möglich, nämlich bei Wohnsitz in Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich und Spanien, sofern dort bereits eine Krankenversicherung besteht. Finnland und Portugal haben dieses Wahlrecht nachträglich ab 1. Juni 2003 wieder aufgehoben. Ausserdem können gemäss Art. 2 Abs. 8 KVV auch jene Personen von der Versicherungspflicht befreit werden, für welche eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung eine klare Verschlechterung des bisherigen Versicherungsschutzes zur Folge hätte. Über die Anträge der Rentenbezüger um Befreiung von der Versicherungspflicht entscheidet die Gemeinsame Einrichtung KVG. Wenn ihr bekannt ist, dass ein Rentner seiner Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachgekommen ist, weist sie diesen einem schweizerischen Versicherer zu, der Personen mit Wohnsitz im entsprechenden EG-Staat versichert. Die Zuweisung wird unabhängig vom Versichertenbestand in einer bestimmten Reihenfolge vorgenommen, welche im Voraus pro Staat durch die Geschäftsstelle bestimmt und anschliessend publiziert wurde.

Prämienverbilligung

Der Bund hat die Gemeinsame Einrichtung KVG mit der Durchführung der Prämienverbilligung für die Bezüger einer schweizerischen Rente und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen mit Wohnort in einem EG-/EFTA-Staat beauftragt. Das Verfahren wird in der Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft bzw. in Island oder Norwegen wohnen (VPVKEG), geregelt. Den antragstellenden Rentnern werden umfassende Mitwirkungs- und Auskunftspflichten auferlegt. Falls das Reinvermögen den Betrag von 100 000 Franken übersteigt, besteht kein Anspruch auf Prämienverbilligung. Bei der Berechnung der Prämienverbilligung wird zuerst das anrechenbare Einkommen (Renteneinkommen, Unterhaltsbeiträge und Vermögenserträge) unter Berücksichtigung des Kaufkraftvergleiches in das

massgebende Einkommen umgerechnet. Danach wird von der Durchschnittsprämie für den betreffenden EG-/EFTA-Staat 6 Prozent des massgebenden Einkommens abgezogen. Der sich daraus ergebende Betrag wird als Prämienverbilligung ausgerichtet. Die Auszahlung erfolgt direkt an den Krankenversicherer. Dieser reduziert die Prämie um den entsprechenden Betrag. Bis Ende 2002 gingen lediglich 99 Anträge auf Prämienverbilligung ein. Davon konnten 15 Anträge bewilligt werden. Die ausbezahlten Prämienverbilligungen betragen insgesamt 8426 Franken. 34 Anträge mussten abgelehnt werden. 50 Anträge konnten bis Ende 2002 nicht bearbeitet werden, weil die Unterlagen nicht vollständig vorhanden waren. Probleme bereitet vor allem die Bewertung von Liegenschaften. Im laufenden Jahr wurden bis Ende Juli 125 Anträge auf Prämienverbilligung gestellt. Davon wurden 71 Anträge bewilligt und eine Prämienverbilligungssumme von über 100 000 Franken ausbezahlt. Mittelfristig ist ein Prämienverbilligungsvolumen in Millionenhöhe zu erwarten. Diese Kosten wie auch die Verwaltungskosten für die Durchführung der Prämienverbilligung werden vom Bund übernommen.

Fazit

Die Umsetzung des Personenfreizügigkeitsabkommens im Bereich der sozialen Krankenversicherung ist ein spannendes, aber manchmal recht schwieriges Unterfangen. Es treten immer wieder neue Fragen und kleinere Probleme auf, welche aber in Zusammenarbeit mit dem BSV und den ausländischen Stellen meistens zur Zufriedenheit aller Beteiligten gelöst werden konnten. Sorgen bereiten indessen die schleppenden Rückzahlungen der zuständigen Träger gewisser Staaten, wie die Erfahrungen der Rechnungscommission der EG gezeigt haben. Hier wurde mit der Diskussion über Massnahmen zur verbesserten Rückerstattung begonnen. Insgesamt fällt die Bilanz nach dem ersten Jahr der Anwendung des Koordinationsrechts der EG aber positiv aus.

Pierre Ribaut, Leiter der Abteilung internationale Koordination Krankenversicherung bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG, Solothurn; E-Mail: pierre.ribaut@kvg.org

Technische Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens

Elektronische EU-Formulare

Die Schweizerische Ausgleichskasse (SAK) beteiligt sich im Rahmen des CORTESS-Projektes aktiv am Aufbau eines europäischen Systems zum Austausch von Sozialversicherungsformularen. CORTESS wird bei der Übermittlung von EU-Formularen von den Ausgleichskassen an die SAK einige Neuerungen bringen.



Andreas Frutiger
Zentrale Ausgleichsstelle, Genf

1. EU-Programm für den elektronischen Datenaustausch

Die EU-Verordnungen 1408/71 und 574/72 waren ausschlaggebend für die mehreren Dutzend EU-Formulare, die nach der Kompetenzdelegation durch die Europäische Kommission von der Verwaltungskommission für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer (CASSTM) zugelassen wurden. Sie dienen dem Austausch von Informationen über Wanderarbeitnehmer zwischen den Sozialversicherungsträgern der Mitgliedstaaten.

Ende der 1990er-Jahre hat die CASSTM eine «Technische Kommission (TK)» ins Leben gerufen, deren Hauptaufgabe die Förderung eines rationalisierten Austausches der EU-Formulare ist. Übermittelt werden die Daten über das elektronische Netzwerk TESTA¹. Es zeichnet sich durch extrem strenge Sicherheitskriterien aus, die beispielsweise in Deutschland, Österreich und Grossbritannien zu beachten sind.

Ausser in Italien, Deutschland und in Teilen Frankreichs wurde TESTA im Bereich der Altersrenten bisher kaum für den Austausch von EU-Formularen eingesetzt. Woran liegt das? Einerseits war die Teilnahmebereitschaft der Mitgliedstaaten von Anfang an nicht sehr gross, andererseits erwies sich die Anwen-

dung von TESTA in Verbindung mit dem internationalen EDIFACT-Standard als zu kompliziert und zu schwerfällig.

Die TK hat deshalb im Jahr 2001 das Projekt für einen elektronischen Austausch von EU-Formularen wieder aufgegriffen und gleichzeitig zwei Neuheiten eingeführt, die diesem Projekt zum Durchbruch verhelfen sollen. Erstens wurde die «Web»-Technologie² des TESTA-Netzwerkes überarbeitet. Die neue Version trägt den Namen TESTA II. Zweitens wurde durch die Annahme des jüngsten Web-Standards XML³ für mehr Flexibilität bei der Kommunikation gesorgt.

Durch einen glücklichen Zufall fiel die Wiederaufnahme des Projekts mit der Beteiligung der SAK an der TK zusammen. Da die SAK seit gut zehn Jahren kaum noch mit Papierdossiers arbeitet⁴, war es naheliegend, dass sie sich aus Rationalisierungs- und Produktivitätsgründen aktiv an der Neulancierung des Projektes beteiligt.

Im Weiteren deckte sich die neue Web-Technologie der TK exakt mit derjenigen der SAK-Informatikstrategie für die kommenden Jahre.

Bei Diskussionen innerhalb der TK wurde schnell deutlich, dass mehrere EU-Staaten grosse Erwartungen an die «kleine Schweiz» hegten, da sie im Bereich Migration alles andere als eine Aussenseiterrolle spielt, sondern im Gegenteil zu den Hauptakteuren zählt. Tatsächlich richtet die Schweiz als einziger «Mitgliedstaat» einen Grossteil der Renten – genau genommen über die Hälfte – an Versicherte mit Wohnsitz im Ausland aus!

2. Anschluss an das europäische Netzwerk

Im Hinblick auf die Vernetzung mit dem europäischen System hat die SAK ein Projekt mit dem Namen CORTESS (CONNEXION au Réseau Télématique Européen de Sécurité Sociale) gestartet. Sein Hauptziel ist der Anschluss der SAK an das europäische Netzwerk für soziale Sicherheit. Die Vernetzung erfolgt über die Software «XEB»⁵, die von einem deutschen Dienstleis-

1 Trans-European Services for Telematics between Administrations.

2 «Web»-Technologien: alle vom «World Wide Web»-Konsortium (W3C) festgelegten Empfehlungen und Standards.

3 Extensible Markup Language.

4 Die SAK nutzt die «GED»-Technologie (elektronische Dokumenten- und Bildverwaltung) auf breiter Ebene.

5 XML/Edifact-Brigde

tungsunternehmen für die EU konzipiert wurde und den Mitgliedstaaten zur freien Verfügung steht.

XEB dient jedoch nicht nur dem Anschluss an das TESTA-Netz. In der Originalversion können über die Software mittels EDIFACT oder XML auch bestimmte EU-Formulare zur Identifikation der Versicherten übermittelt werden.

Um den Betrieb von XEB sicherzustellen, hat die TK eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe gebildet. Sie setzt sich aus einem italienischen, einem deutschen, einem spanischen, einem österreichischen und einem schweizerischen Vertreter zusammen und hat die Aufgabe, die XEB-Software mit häufig verwendeten EU-Formularen im Hinblick auf einen allgemeinen Austausch innerhalb der EU zu erweitern.

Da die SAK bestrebt ist, bei ihren Arbeitsabläufen so weit wie möglich auf Papier zu verzichten, bekundete sie von Anfang an grosses Interesse an dieser Arbeitsgruppe und setzte sich aktiv für das Projekt ein. So hat die SAK das Dienstleistungsunternehmen, das die Software entwickelt hat, auch mit der Integration von XEB in ihre Anwendungen beauftragt.

Trotz der unterschiedlichen geografischen Herkunft der Teilnehmer kam die Ad-hoc-Arbeitsgruppe gut voran. Die Fortschritte sind wohl in erster Linie auf die einheitliche Vorstellung des Service public in Bezug auf soziale Sicherheit und die hervorragende Zusammenarbeit sowie auf die geteilte Akzeptanz der Web-Standards zurückzuführen. Zurzeit testet die Gruppe die Formulare E202, E205, E207 und E210⁶. Die elektronische Übermittlung des E205-Formulars sollte Ende 2003 möglich sein. Die übrigen EU-Formulare folgen ab 2004.

Es ist zwar vorgesehen, XEB auf andere EU-Formulare, namentlich auf Formulare der Invalidenversicherung, auszudehnen, doch besteht diesbezüglich noch

kein genauer Zeitplan. Zuvor sollen mit den verfügbaren Formularen konkrete Erfahrungen gesammelt werden.

3. EU-Formulare auf dem AHV/IV-Intranet

Dank ihrer Konformität mit den Web-Standards eignet sich die XEB-Software auch zur Übermittlung von EU-Formularen von den Ausgleichskassen an die SAK, die als internationale Verbindungsstelle fungiert. Mit der aktuellen Lösung sollen die verfügbaren EU-Formulare im PDF-Format auf dem AHV/IV-Intranet «einfach» durch die genannten EU-Formulare ersetzt werden.

Für den Benutzer ändert sich kaum etwas. Er kann weiterhin die Felder direkt am PC ausfüllen und die für die SAK bestimmten EU-Formulare ausdrucken. Im Gegensatz zu den PDF-Dokumenten müssen die XEB-EU-Formulare jedoch nicht mehr per Post an die SAK versandt werden. Denn nach der Bestätigung am Bildschirm kann die SAK die Daten übernehmen und an die EU-Partner weiterleiten.

Diese sichere Technik zur Übermittlung von Formularen über das AHV/IV-Intranet hat sich bereits bewährt. Sie wird seit vielen Jahren für Mitteilungen bei der Ablieferung von Fondsgeldern an die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) verwendet. Auch hier übernimmt die ZAS die von den Kassen übermittelten Daten in ihr Softwareprogramm zur Liquiditätsverwaltung des AHV-Fonds.

Eine andere wichtige Neuerung ist bei der manuellen Dateneingabe vorgesehen, die auf ein Minimum reduziert werden soll. Über eine Schnittstelle sollen die Daten künftig von einer speziell für diese Anwendung erzeugten Datei in die WEB-EU-Formulare importiert werden. Die Anwendung muss allerdings zuvor von der Ausgleichskasse oder von ihrem Informatikleistungserbringer entwickelt werden.

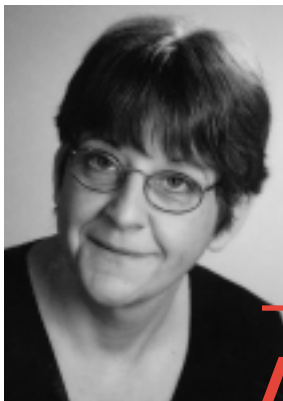
⁶ E202 = Antrag auf Altersrente; E205 = Versicherungsverlauf in der Schweiz; E207 = Beschäftigungsverlauf der Versicherten; E210 = Rentenbewilligung bzw. -ablehnung.

Andreas Frutiger, Controlling und Informatikkoordination, Zentrale Ausgleichsstelle, Genf; E-Mail: Andreas.Frutiger@zas.admin.ch

Freizügigkeitsabkommen mit der EU

Erfahrungen im Bereich Arbeitslosenversicherung

Die Übernahme der Koordinationsregeln der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 brachte erwartungsgemäss einen vermehrten administrativen Aufwand. Die Umsetzung der gemeinschaftsrechtlichen Bestimmungen über die Berücksichtigung ausländischer Versicherungszeiten sowie die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs bei Stellensuche im Ausland verlief jedoch erstaunlich reibungslos. Selbstverständlich traten mangels Erfahrung gewisse Anfangsschwierigkeiten auf. Zudem musste sich die Zusammenarbeit mit anderen an der Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens beteiligten Vollzugsstellen erst einspielen.



Judith Wild
Seco, Direktion für Arbeit

Die Übernahme der Verordnung 1408/71 warf nicht nur in der Schweiz viele Fragen auf, auch einige Vertragsstaaten zeigten Unsicherheiten bei der Anwendung der Bestimmungen im Verhältnis zur Schweiz aufgrund des Freizügigkeits- oder des EFTA-Abkommens. So wurde beispielsweise der erste Schweizer, der sich zur Stellensuche nach Norwegen begab, beinahe von der Fremdenpolizei ausgewiesen, da weder das Arbeitsamt noch die Fremdenpolizei am Ort der Stellensuche Kenntnisse über das geänderte EFTA-Abkommen hatten. Die Lösung dieser Anfangsprobleme hatte jedoch auch den Vorteil, dass Kontakte zu Verbindungs- und Vollzugsstellen entstanden, die es ermöglichen, neue Probleme rasch und unbürokratisch zu lösen.

Erhöhter Verwaltungsaufwand

Ein bedeutender administrativer Mehraufwand ergibt sich vor allem im Zusammenhang mit der Zusammenrechnung von Versicherungszeiten. Das Prinzip, wonach der für die Leistungsgewährung zuständige

Staat die in einem anderen Mitgliedstaat erworbenen Versicherungszeiten anrechnet, wenn eine arbeitslose Person die Mindestbeitragszeit nicht allein nach nationalem Recht erfüllt, muss die Schweiz während den ersten sieben Jahren nach In-Kraft-Treten des Abkommens nur bei jenen Arbeitnehmern anwenden, die aufgrund eines unbefristeten oder überjährigen Arbeitsverhältnisses in die Schweiz eingereist sind und deshalb über eine Aufenthaltsbewilligung B EG/EFTA verfügen. Dies hat zur Folge, dass Arbeitnehmer mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung, welche die Mindestbeitragszeit von zwölf Monaten nicht allein nach schweizerischem Recht erfüllen, ihren Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit in ihrem Heimatstaat geltend machen müssen.

Diese Personen benötigen ebenso wie arbeitslose Grenzgänger, die ihren Anspruch im Wohnsitzstaat geltend machen müssen, sowie die Saisonarbeitnehmer, die von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen und den Anspruch im Wohnsitzstaat geltend machen wollen, die Bescheinigung E301 über die in der Schweiz zurückgelegten Beitragszeiten. Diese Bescheinigungen werden in der Schweiz entweder von einer Arbeitslosenkasse oder dem Seco ausgestellt. Innerhalb der ersten 15 Monate seit dem In-Kraft-Treten des Abkommens hat allein das Seco rund 4000 E301-Formulare ausgestellt, wobei in zwei Drittel aller Fälle zuerst bei den ehemaligen Arbeitgebern die Arbeitgeberbescheinigung eingefordert werden musste. Besonders gross ist der Andrang nach E301-Bescheinigungen jeweils bei Saisonende, so dass im Seco eine Person mit dem Erstellen der E301-Bescheinigungen mehr als nur ausgelastet ist.

Die nationalen Gesetze einiger Staaten sehen für die Erfüllung der Beitragszeit lange Referenzperioden vor. Einem spanischen Arbeitnehmer muss ab dem 55. Altersjahr das gesamte Erwerbsleben bescheinigt werden. Hier muss wie im Falle des Konkurses des Arbeitgebers auf den IK-Auszug der AHV abgestellt werden. Da die Zentrale Ausgleichsstelle ZAS nicht bereit ist, für diese Personen einen IK-Auszug zu erstellen, ist das Seco auf die Hilfe der Eidgenössischen Ausgleichskasse angewiesen, welche dem Seco diese Informationen beschafft. Dieses Verfahren hat leider eine zeitliche Verzögerung von drei bis vier Wochen zur Folge, weshalb sich das Seco nicht über mangelnde Mahnungen beklagen kann von ausländischen Trägern, welche den Anspruch eines Versicherten nicht abklären können, oder aber von den Betroffenen, welche auf die Auszahlung der Arbeitslosenentschädigung warten müssen.

Stellensuche im Ausland

Artikel 69 der Verordnung 1408/71 räumt den Versicherten das Recht ein, sich für die Dauer von maximal drei Monaten zur Stellensuche in einen oder mehrere Mitgliedstaaten zu begeben, ohne dass sie ihren Anspruch auf Leistungen verlieren. Voraussetzung ist jedoch, dass sich die stellensuchende Person beim Arbeitsamt im Land der Arbeitssuche meldet und dort die Kontrollvorschriften erfüllt. Von dieser Möglichkeit haben seit dem 1. Juni 2002 350 in der Schweiz anspruchsberechtigte Personen Gebrauch gemacht. Umgekehrt haben sich bei den schweizerischen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) 209 Personen gemeldet, welche in einem EWR-Staat anspruchsberechtigt sind und sich in der Schweiz um Arbeit bemühen wollten.

Während der Dauer des Auslandsaufenthaltes wird die Entschädigung nicht von der zuständigen Arbeitslosenkasse im Herkunftsstaat, sondern durch die Versicherung im Staat der Stellensuche ausgerichtet. Die Leistungshöhe und Dauer richtet sich nach dem Recht des Herkunftsstaates. Diese Zahlungen werden beim Träger des Herkunftsstaates zurückgefordert. Mittels Formular E303 muss deshalb die Arbeitslosenkasse der ausländischen Versicherung Auskunft geben über die Höhe und Dauer der Entschädigung, die der in der Schweiz anspruchsberechtigten stellensuchenden Person zusteht.

Dieser Auszahlungsmodus stellt ein Relikt aus vergangenen Zeiten dar, in der Post- und EC-Bankomaten noch nicht sehr verbreitet waren. Es wäre bedeutend einfacher, wenn die Arbeitslosenkasse im Herkunftsstaat die Entschädigung auch während der Dauer des Auslandsaufenthaltes ausbezahlen könnte. Damit würde nicht nur das Verrechnungsverfahren unter den Trägern wegfallen, die stellensuchende Person wäre auch nicht mehr gezwungen, für die Dauer von drei Monaten im Ausland ein Post- oder Bankkonto eröffnen zu müssen. Gelöst wäre damit auch das Problem, dass die Stellensuchenden in einigen Staaten sehr lange auf die Auszahlung der Entschädigung warten müssen,

oder aber die Entschädigung erst erhalten, wenn sie bereits wieder in den Herkunftsstaat zurückgekehrt sind. Es wäre wirklich wünschenswert, wenn dieses aufwändige Verfahren vereinfacht würde.

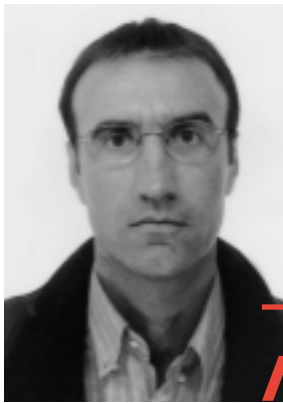
Da der Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung u.a. davon abhängt, dass die versicherte Person sich rechtmässig in der Schweiz aufhält, damit sie sich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen kann, ergeben sich auch Probleme, die auf die unterschiedlichen Bewilligungspraxen der kantonalen Migrationsämter zurückzuführen sind. Nicht alle Kantone erteilen Arbeitnehmern, deren Kurzaufenthaltsbewilligung abgelaufen ist und die einen Anspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung erworben haben, ein Aufenthaltsrecht als Nichterwerbstätige für die gesamte Anspruchsdauer. Müssen diese Arbeitnehmer die Schweiz verlassen, können sie noch während maximal drei Monaten vom Leistungsexport Gebrauch machen, danach verlieren sie ihren restlichen Anspruch. Zur Schonung der Kontingente für Daueraufenthalter erhalten einige Arbeitnehmer trotz unbefristetem Arbeitsvertrag eine Kurzaufenthaltsbewilligung. Werden diese Personen arbeitslos, bevor sie die Mindestbeitragszeit allein nach schweizerischem Recht erfüllten, müssen sie wie diejenigen Arbeitnehmer, die aufgrund eines unterjährigen Arbeitsverhältnis in die Schweiz einreisten, ihren Anspruch im Heimatstaat geltend machen, da die Schweiz die in einem anderen Mitgliedstaat zurückgelegten Versicherungszeiten nicht anrechnet. Dieses Vorgehen stösst nicht bei allen Betroffenen auf Verständnis.

Zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass die Einführung der Bestimmungen der Verordnung 1408/71 im Bereich Arbeitslosenversicherung gesamthaft betrachtet eher unproblematisch war und die diesbezüglichen Befürchtungen bei weitem nicht eingetroffen sind.

Judith Wild, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Seco, Direktion für Arbeit, Arbeitsmarkt/Arbeitslosenversicherung;
E-Mail: judith.wild@seco.admin.ch

Umsetzung des Abkommens im Bereich der Krankenversicherung im Kanton Genf

Die wichtigste Neuerung der bilateralen Abkommen im Krankenversicherungsbereich betrifft den Kreis der in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen. Die Umsetzung der neuen Regeln im Grenzkanton Genf hat zu keinen grösseren Problemen geführt und das gefürchtete Chaos blieb aus.



Jean-Claude Pause
Dienst für Krankenversicherung
des Kantons Genf

Für die vom Freizügigkeitsabkommen betroffenen Personen wurde das gemäss Artikel 3 Absatz 1 KVG geltende Territorialitätsprinzip, wonach jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz versicherungspflichtig ist, durch die in der Europäischen Union geltenden Vorschriften zur Versicherungspflicht ergänzt.

Grundregel ist neu die Unterstellung am Erwerbort für alle Versicherungszweige. Dieser Grundsatz gilt auch für Personen, die keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen, wie Arbeitslose und Rentner, weil es sich dabei um ehemalige Erwerbstätige handelt.

Allerdings sind Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorgesehen. Je nach Wohnsitzstaat gelten Sonderregelungen, die mit gewissen EU-Mitgliedstaaten vereinbart wurden und in Anhang II zum Abkommen festgehalten sind. Diese erlauben den betroffenen Personen, sich von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz befreien zu lassen, wenn sie dem Krankenversicherungssystem ihres Wohnlandes unterstellt bleiben (Optionsrecht).

Diese Neuerung in Bezug auf die in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen hat auch Auswirkungen auf den Kreis der Personen, die Anspruch auf Prämienverbilligungen in der Krankenversicherung haben.

Konkret bedeutet das, dass die zuständigen kantonalen Behörden und der Bund seit dem In-Kraft-Treten

der bilateralen Abkommen am 1. Juni 2002 die neuen krankenversicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in einem EU- oder einem EFTA-Staat kontrollieren und ihnen eine Prämienverbilligung gewähren, wenn sie die gesetzlichen Bedingungen erfüllen.

Dabei handelt es sich um folgende Personenkategorien:

- in der Schweiz Erwerbstätige (vor allem Grenzgänger/innen) und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen,
- Bezüger/innen einer schweizerischen Rente (AHV/IV/UV/BVG) und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen,
- Bezüger/innen einer schweizerischen Arbeitslosenentschädigung und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen,
- nicht erwerbstätige Familienangehörige im Ausland von in der Schweiz erwerbstätigen und wohnhaften Personen.

Die kantonalen Behörden sind für die Kontrolle der neuen versicherungspflichtigen Personen sämtlicher oben genannten Kategorien zuständig. Einzige Ausnahme bilden die Rentner/innen, deren Versicherungsbeitrag von der Gemeinsamen Einrichtung KVG kontrolliert wird. Das Gleiche gilt für die Gewährung von Prämienverbilligungen in der Krankenversicherung.

Umsetzung der bilateralen Abkommen seit 1. Juni 2002

- Juni 2002: Kontrolle der Versicherungspflicht von Grenzgänger/innen mit Wohnsitz in EU- oder EFTA-Staaten (Versand eines Informationsschreibens und eines Formulars zum Optionsrecht via Arbeitgeber an die 34 000 Grenzgänger/innen mit G-Bewilligung).
- Seit August 2002: Beitrittskontrolle bei Grenzgängern/innen, die nach dem In-Kraft-Treten der bilateralen Abkommen am 1. Juni 2002 Grenzgänger/innen geworden sind (Versand eines Schreibens zur Beitrittskontrolle und eines Formulars zum Optionsrecht an alle neuen Grenzgänger/innen – durchschnittlich 400 pro Monat).
- August 2002: Erfassen im Computersystem von neuen Verfügungen zur Befreiung von der KVG-Versicherungspflicht im Zusammenhang mit den bilateralen Abkommen.

- September 2002: Beitrittskontrolle bei nicht erwerbstätigen Familienangehörigen von in Genf erwerbstätigen und wohnhaften Personen (Kontrolle der Versicherungspflicht bei 2500 Personen zu Testzwecken).
- Dezember 2002: Beitrittskontrolle bei Schweizern/innen oder Personen und Ehepaaren mit doppelter Staatsbürgerschaft (Versand eines Informationsschreibens und eines Formulars zum Optionsrecht an die 6000 Schweizer Grenzgänger/innen durch den Arbeitgeber).
- April 2003: Mahnschreiben mit Androhung einer Zuweisung an einen KVG-Versicherer an 4500 Grenzgänger/innen mit G-Bewilligung, die ihrer Versicherungspflicht nach unserer Beitrittskontrolle vom Juni 2002 nicht nachgekommen sind.

Weiter erfordert die Anwendung der bilateralen Abkommen die Umsetzung folgender Massnahmen:

- Oktober 2003: Zuweisung von Grenzgängern/innen mit G-Bewilligung, die unserer Mahnung vom April 2003 nicht Folge geleistet haben, an eine schweizerische Krankenversicherung.
- November 2003: Mahnschreiben mit Androhung einer Zuweisung an einen KVG-Versicherer an Schweizer Grenzgänger/innen, die unserer Beitrittskontrolle vom Dezember 2002 nicht nachgekommen sind.
- Frühling 2004: Zuweisung von Schweizer Grenzgängern/innen, die unserer Mahnung vom November 2003 nicht Folge geleistet haben, an eine schweizerische Krankenversicherung.

Ergebnisse der Beitrittskontrollen im Überblick

Beitrittskontrolle bei Grenzgängern/innen

Von den bisher eingegangenen 39 000 Antworten haben sich nur 750 Grenzgänger/innen für die schweizerische Krankenversicherung entschieden. Die 38 250 anderen haben ihr Optionsrecht geltend gemacht und bleiben dem französischen Krankenversicherungssystem unterstellt oder haben sich ihm neu angeschlossen. Eine grosse Mehrheit hat sich für eine private Versicherung in Frankreich entschieden, denn die französische Regierung hat den Grenzgänger/innen bis zum obligatorischen Beitritt zum französischen Sozialversicherungssystem (CMU – couverture médicale universelle) im Juni 2009 eine Wahlmöglichkeit eingeräumt.

Es erstaunt nicht, dass sich nur ein kleiner Anteil für die schweizerische Krankenversicherung entschieden hat. Die KVG-Versicherten verfügen zwar über eine ausgezeichnete Versicherungsdeckung und das schweizerische Gesundheitssystem zählt zu den leistungsstärksten der Welt, doch die Prämien sind sehr hoch.

Ein Privatversicherer in Frankreich bietet dank Risikoauswahl eine gleichwertige oder sogar umfassendere Versicherungsdeckung zu deutlich niedrigeren Prämien, wobei sich der Versicherte sowohl in Frankreich als auch in der Schweiz behandeln lassen kann.

Es war deshalb absehbar, dass die Grenzgänger/innen mehrheitlich die französische Krankenversicherung wählen. Von den wenigen Personen, die sich für eine schweizerische Krankenversicherung entschieden haben, hat nur eine ganz kleine Anzahl einen Antrag auf Prämienverbilligung gestellt (bisher nur rund zwanzig Anträge).

Beitrittskontrolle bei nicht erwerbstätigen Familienangehörigen von in der Schweiz erwerbstätigen und wohnhaften Personen

Diese Beitrittskontrolle, die zu Testzwecken vorerst nur bei 2500 Personen durchgeführt wurde, hat aufgrund ihrer Komplexität für viel Unverständnis und Verwirrung gesorgt, obwohl das Groupement latin des assurances sociales (GLAS) das Informationsschreiben und das Formular so einfach und verständlich wie möglich gestaltet hatte.

Die Rücklaufquote war sehr niedrig (knapp über 50%). Von den 1300 eingegangenen Antworten hatten nur 7 Versicherte nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnsitz in einem EU- oder einem EFTA-Land, die der KVG-Versicherungspflicht unterstanden.

Diese Beitrittskontrolle schien uns nutzlos und unverhältnismässig. Deshalb hat die Geschäftsführung des Krankenversicherungsdienstes im Einvernehmen mit dem BSV beschlossen, diese Kontrolle nicht auf die übrige Genfer Bevölkerung auszudehnen.

Probleme

Folgende zwei Problempunkte haben sich im Laufe der Vollzugsarbeiten herauskristallisiert: Optionsrecht und Zugang zu Pflegeleistungen in der Schweiz.

Optionsrecht

Die Grenzgänger/innen besaßen nicht die nötigen Kenntnisse, um sich bewusst für das eine oder andere Krankenversicherungssystem zu entscheiden. Das hat zwei Gründe:

- Der *erste Grund* liegt darin, dass die französische Gesetzgebung im Hinblick auf die neue Situation nicht rechtzeitig geändert und angepasst wurde. Die Grenzgänger/innen haben erst seit dem 1. Januar 2003 Zugang zum französischen Sozialversicherungssystem. Zuvor waren sie von der CMU-Grundversicherung ausgeschlossen. Zudem ist die Höhe der Prämien noch immer nicht bekannt, da die Verord-

nung zur Festsetzung des CMU-Beitragsatzes bisher noch nicht gutgeheissen wurde.

Somit hatten die Grenzgänger/innen lediglich die Wahl zwischen dem KVG und einem Privatversicherer in Frankreich. Das erklärt auch den grossen Anteil an Personen, die nicht auf unsere Beitrittskontrolle reagiert haben (ca. 4500 Personen).

Viele Personen haben um eine Verlängerung der dreimonatigen Frist gebeten, damit sie uns antworten können, sobald der Beitritt zur CMU möglich und der Beitragssatz bekannt ist.

Der *zweite Grund* ist die mangelhafte Information der Versicherten. Die Grenzgänger/innen und ihre Familienangehörigen haben verspätet davon Kenntnis genommen oder wurden verspätet dahingehend informiert, dass:

- nichterwerbstätige Familienangehörige von Grenzgängern/innen (Ehegatten und Kinder), die in der Schweiz einem KVG-Versicherer unterstellt sind, keinen Zugang zu Pflegeleistungen in der Schweiz haben und sich in Frankreich behandeln lassen müssen;
- Grenzgängern/innen und ihren nicht erwerbstätigen Familienangehörigen die besonderen Versicherungsformen nicht offen stehen (keine Option auf eine Versicherung mit wählbarer Franchise, nur Versicherung mit ordentlicher Franchise von 230 Fr. möglich);
- das Optionsrecht nur einmal ausgeübt werden kann und definitiv und unwiderruflich ist.

Im Weiteren erhielten sie erst verspätet Kenntnis über die Höhe der KVG-Prämien der schweizerischen Versicherer für die EU-Staaten.

Zugang zu den Pflegeleistungen in der Schweiz

Die bilateralen Verträge sehen vor, dass die Versicherten (mit Ausnahme einiger Sonderfälle) grundsätzlich in ihrem Wohnsitzland behandelt werden, auch wenn sie in einem anderen Land versichert sind.

Dieses Grundsatzprinzip hat zur Folge, dass gewisse KVG-Versicherte, wie Bezüger/innen einer schweizerischen Rente und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen sowie die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen von Grenzgängern/innen mit Wohnsitz in einem EU- oder einem EFTA-Land, seit dem In-Kraft-

Treten der bilateralen Verträge keinen Zugang mehr zu Pflegeleistungen in der Schweiz haben.

Diese ab 1. Juni 2002 geltende Regel hat zu heftigen Reaktionen geführt. Sowohl bei unserem Dienst als auch beim Groupement transfrontalier européen und dem Comité transfrontalier de la santé sind zahlreiche Reklamationen eingegangen.

Als Reaktion auf diese Reklamationen haben die beiden obgenannten Organisationen bei den zuständigen Behörden interveniert. Erst kürzlich haben die französischen Behörden reagiert und den Gemischten Ausschuss und die Schweizer Behörden ersucht, die bilateralen Verträge zu ändern und die Pflegeleistungen den betroffenen Personenkategorien in der Schweiz zugänglich zu machen.

Die Schweizer Behörden scheinen einer solchen Regelung nicht abgeneigt zu sein. Über kurz oder lang ist deshalb mit einem erfolgreichen Abschluss dieser Problematik zu rechnen.

Bilanz

Abgesehen von den genannten Problemen hatte der Dienst für Krankenversicherung keine nennenswerten Probleme bei der Umsetzung der bilateralen Abkommen. Das befürchtete Chaos ist ausgeblieben.

Die finanziellen Auswirkungen sind unbedeutend. Unser Dienst hat nur sehr wenige Anträge auf eine Prämienverbilligung erhalten. Bisher wurde nur einer Person mit Wohnsitz im Ausland eine Prämienverbilligung gewährt.

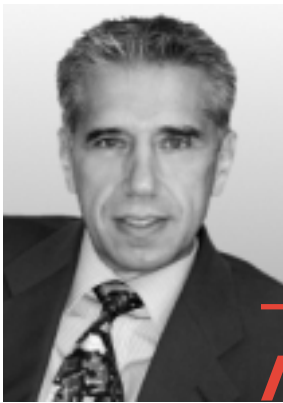
Etwas mehr als ein Jahr nach der Einführung der neuen Regelungen kann festgestellt werden, dass die Abläufe und Formalitäten in Zusammenhang mit den bilateralen Abkommen (zwischenstaatliche Leistungsaushilfe, E-Formulare usw.) den verschiedenen Akteuren (Versicherer, Leistungserbringer, Versicherte usw.) zunehmend vertrauter werden.

Jean-Claude Pause, lic. phil., Direktionsadjunkt im Dienst für Krankenversicherung des Kantons Genf, eidgenössischer Sozialversicherungsexperte; E-Mail: jean-claude.pause@etat.ge.ch

Personenfreizügigkeitsabkommen

Erfahrungen einer Ausgleichskasse

Die Umsetzung des Abkommens über die Freizügigkeit im Personenverkehr mit der EU stellte die Ausgleichskassen vor verschiedene Herausforderungen. Toleranz und gegenseitige Unterstützung aller Beteiligten haben zum Erfolg geführt. Heute hat sich vieles eingespielt und ist bereits selbstverständlich geworden. Ein weiterer Beweis für die Effizienz und Flexibilität der an der Durchführung der 1. Säule beteiligten Organe.



René Vogel
Ausgleichskasse Basel-Stadt

Vor dem In-Kraft-Treten

Durch das lang andauernde Ratifizierungsverfahren waren wir in der Lage, uns weit vor dem In-Kraft-Treten des Abkommens mit den Bestimmungen und deren Umsetzung vertraut zu machen. Wir nutzten dabei unsere Kontakte zu den Sozialversicherungsträgern in Deutschland und Frankreich. Dies bot sich deshalb an, weil die Vereinbarungen innerhalb der EU denjenigen des Abkommens mit der Schweiz sehr ähnlich sind. Unsere Nachbarländer hatten also bei der praktischen Anwendung langjährige Erfahrungen, die wir nutzen wollten und konnten.

Besonders intensiv waren die Vorbereitungen im Bereich der Familienzulagen, weil unmittelbar nach dem 1. Juni 2002 sowohl Anspruchsberechtigung als auch Höhe der Zulagen ändern konnten und entsprechend rasch angepasst werden mussten. Auch hier profitierten wir von den bereits eingespielten Verfahren zwischen Deutschland und Frankreich.

Trotz dieser Anstrengungen und trotz Unterstützung durch das BSV (unter anderem wurde in Zusammenarbeit mit den Ausgleichskassen ein spezieller Kurs angeboten) blieben bezüglich Umsetzung des Abkommens

viele Fragen offen und sollten erst nach Einführung bei der Anwendung im konkreten Einzelfall beantwortet werden.

Information der Betroffenen

Mit diesem Rucksack und dem hervorragenden und rechtzeitig zur Verfügung stehenden Material der AHV/IV-Informationsstelle machten wir uns auf, die Arbeitgeber und Versicherten und hier vor allem die Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie die Ex-Patriots über das Abkommen zu orientieren. In vielen Veranstaltungen durften wir feststellen, dass sich die Arbeitgebenden ernsthaft mit der Materie auseinandergesetzt hatten und sich ihrer Verantwortung bei der Umsetzung sehr bewusst waren. Augenfällig war das grosse Vertrauen gerade auch der ausländischen Arbeitnehmenden in die Schweizer Institutionen und besonders in die AHV/IV. Gross war jeweils die Erleichterung, wenn sie vernehmen durften, dass ihre Rentenansprüche in der Schweiz gewahrt bleiben, auch wenn sie einstmals wieder in ihr Heimatland zurückkehren.

Der Tag X

Am 1. Juni 2002 war es dann also soweit. Die ersten konkreten Fälle kamen auf den Tisch und mussten verbindlich gelöst werden. Formulare und Vereinbarungen mussten ihre Tauglichkeit in der Praxis beweisen. Natürlich verlief nicht alles vom ersten Tag an optimal. Fragen wurden gestellt, die nicht sofort beantwortet werden konnten oder aufgrund des damaligen Wissensstandes nicht in jedem Detail korrekt gelöst wurden. Rückblickend dürfen wir aber doch feststellen, dass die Umsetzung in Anbetracht der komplexen Materie mehr oder weniger reibungslos verlief. Wesentlich dazu beigetragen haben einmal mehr die Arbeitgeber, die sich als zuverlässige und kompetente Partner der Ausgleichskassen erwiesen haben, sowie die breite und kollegiale Hilfsbereitschaft des BSV und der Schweizerischen Ausgleichskasse.

Ein Jahr danach

Heute ist das Abkommen kein «Störfaktor» mehr. Die Arbeitsabläufe sind definiert und optimiert, das notwendige Wissen für die Durchführung vorhanden und Ansprechpartner für Spezialfälle gefunden. Im Versicherungsunterstellungs- und Beitragsbereich hält sich der Aufwand für die Ausgleichskassen in Grenzen, weil hier ein Teil von den Arbeitgebern erledigt wird. In erster Linie müssen Auskünfte erteilt oder Formulare

re zugestellt werden. Im Leistungsbereich ist der Aufwand dagegen erheblich. Das Ausfüllen der Formulare und die dazu notwendigen Abklärungen sind zum Teil sehr umfangreich und zeitraubend. Dies gilt sowohl für die Familienzulagen wie auch für die Leistungen der AHV/IV.

Schlussbemerkung

Bedingt durch die Lage im Dreiländereck brachte die Umsetzung des Abkommens eine spürbare Ausdehnung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit mit

sich. Interessant ist dabei die Erfahrung, dass unsere Nachbarn den Versicherten in manchen Bereichen wesentlich mehr Eigenverantwortung übertragen, als dies bei uns der Fall ist. Bei den Absprachen mussten wir diesem kulturellen Unterschied selbstverständlich Rechnung tragen. Eine Erfahrung, die wir durchaus als Bereicherung verstehen.

René Vogel, Leiter der Ausgleichskasse Basel-Stadt;
E-Mail: Rene.Vogel@igakis.ch

Personenverkehrsabkommen Schweiz/EU

Verfahren der Anpassung von Anhang II

Im Bereich der Sozialen Sicherheit kann die im Abkommen zwischen der Schweiz und der EU vorgesehene enge Zusammenarbeit nur optimal funktionieren, wenn die Vertragsparteien dieselben Regelungen anwenden. Nun wird aber das Gemeinschaftsrecht, auf welches das Abkommen verweist, regelmässig geändert. Beim Vertragsabschluss war klar, dass die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen regelmässig den Änderungen des Gemeinschaftsrechts angepasst werden müssen, welche die Schweiz zu übernehmen bereit ist. Bei der Anpassung des Abkommens gibt es jedoch keinen Automatismus. Die Schweiz prüft alle Änderungen des Gemeinschaftsrechts. Entscheidet sie sich für die Übernahme, ändern die Vertragsparteien das Abkommen nach einem festgelegten Verfahren.

Die Rechtsentwicklung im Bereich der Sozialen Sicherheit in der EU

Die gemeinschaftsrechtlichen Regelungen im Bereich der Sozialen Sicherheit werden häufig geändert. Es handelt sich nämlich um Koordinationsrecht, welches die verschiedenen nationalen Systeme verbindet und welches regelmässig den Änderungen der nationalen Gesetzgebungen und der Praxisentwicklung der nationalen Durchführungsorgane angepasst werden muss. Meistens handelt es sich dabei um geringfügige Änderungen. Auch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes hat einen grossen Einfluss und führt oft zu einer Anpassung von Bestimmungen der gemeinschaftsrechtlichen Verordnungen.

Diese Anpassungen werden als erstes innerhalb der Verwaltungskommission für die Soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer (CASSTM) erarbeitet. Dieses Organ ist aus Vertretern aller Mitgliedstaaten zusammengesetzt. Das Sekretariat wird von der Europäischen Kommission geführt. Die Schweiz geniesst in der Verwaltungskommission einen Beobachterstatus, der ihr erlaubt, sich hinsichtlich der zukünftigen Änderungen auf dem Laufenden zu halten. Die Änderungsvorschläge werden danach im Rat der Europäischen Union vorgestellt und diskutiert. Zu diesen Arbeiten hat die Schweiz keinen Zugang. Sobald der Text durch den Europäischen Rat und das Europäische Parlament genehmigt wurde, wird er publiziert und tritt in Kraft. Je nach Wichtigkeit und politischem Charakter der Änderung kann das ganze Verfahren mehrere Jahre dauern.



Kati Fréhelin
Bereich Internationale Abkommen,
BSV

Das Verfahren der Anpassung des Anhangs II zum Abkommen

Um der speziellen Entwicklung der Regelungen der Sozialen Sicherheit Rechnung zu tragen, sieht das Abkommen selbst ein vereinfachtes Verfahren zur Anpassung seines Anhangs II vor (Art. 18). Danach ist der Gemischte Ausschuss, das Organ, welches das Abkommen «verwaltet», für Änderungen von Anhang II zuständig. Er kann die Änderungen mittels eines Beschlusses sofort in Kraft setzen, d.h. ohne dass ein späteres nationales Ratifikationsverfahren nötig ist.¹ Der Gemischte Ausschuss setzt sich aus Vertretern aller Vertragsparteien zusammen (vertreten sind auf Seiten der EU die Europäische Kommission und die Mitgliedstaaten; auf Seiten der Schweiz der Bund und die Kantone). Der Ausschuss trifft sich normalerweise einmal im Jahr (der Ort des Treffens wird bei jeder Sitzung neu bestimmt) und kann seine Rechtsakte auf schriftlichem Weg verabschieden. Er hat zwei Arbeitsgruppen zu seiner Unterstützung eingesetzt, davon ist eine für die Fragen der Sozialen Sicherheit zuständig.

Der Beschluss des Gemischten Ausschusses unterliegt keinem weiteren internen Genehmigungsverfahren der Vertragsparteien. Es ist deshalb wichtig, dass die Anpassungen von Anhang II sorgfältig vorbereitet werden. Die Aufgabe, einen gemeinsamen Entwurf zu erarbeiten, obliegt der Arbeitsgruppe Soziale Sicherheit, die sich aus Fachleuten der Schweiz und der Europäischen Union zusammensetzt.

Schweizerischerseits muss dieser Text zunächst von den innerstaatlich zuständigen Organen genehmigt werden. Wenn die Änderungen den Rahmen der vom Abkommen vorgesehenen Koordination nicht überschreiten, seinen Geltungsbereich nicht ausdehnen, für die Schweiz keine neuen Verpflichtungen bringen, welche Gesetzesänderungen erfordern würden – wofür die eidgenössischen Räte zuständig wären –, so ist der Bundesrat ermächtigt, die Änderungen zu genehmigen. Ein parlamentarisches Verfahren erübrigt sich in diesen Fällen.

Mit seiner Zustimmung bevollmächtigt der Bundesrat den schweizerischen Delegationsleiter, den Beschluss des Gemischten Ausschusses über die Anpassung des Abkommens (Anhangs II) zu unterzeichnen,

¹ Im Vorbereitungsverfahren sind jedoch die innerstaatlichen Organe (Verwaltung, Bundesrat, allenfalls die eidgenössischen Räte) beteiligt; siehe weiter unten.

und dieser Beschluss ist für die Schweiz verbindlich. Der Bundesratsbeschluss seinerseits unterliegt dem normalen Vorbereitungsverfahren, d.h. er bedarf der vorgängigen Konsultation der interessierten Stellen von Bund und Kantonen.

Wenn – in selteneren Fällen – eine Anpassung eine neue Verpflichtung bringt, die eine Gesetzesänderung erfordert, so muss das Parlament zustimmen und der Bundesrat kann den schweizerischen Delegierten im Gemischten Ausschuss erst dann zur Unterzeichnung ermächtigen, wenn die Änderungen im schweizerischen Recht gutgeheissen worden sind.

Seitens der EU erfolgt parallel dazu ein entsprechendes Verfahren, d.h. der Europäische Rat muss den vorgesehenen Änderungen von Anhang II zustimmen.

Die erste Anpassung von Anhang II seit In-Kraft-Treten des Abkommens wurde vom Gemischten Ausschuss am 15. Juli 2003 im schriftlichen Verfahren beschlossen. Sie wird in der schweizerischen Amtlichen Sammlung des Bundesrechts veröffentlicht werden. Diese Revision erlaubte, den Anhang an die in den letzten drei Jahren erfolgte Entwicklung im Gemeinschaftsrecht anzupassen. Bei In-Kraft-Treten des Abkommens (1. Juni 2002) lag ihm nämlich nach wie vor das bei der Abkommensunterzeichnung (21. Juni 1999) geltende EG-Recht zugrunde.

Anpassung des EFTA-Abkommens (Europäische Freihandelszone)

Ein ähnliches Verfahren gilt für die Anpassung der im Revidierten EFTA-Abkommen enthaltenen Regelungen über die Soziale Sicherheit. Die Koordinierung der diesbezüglichen Systeme basiert auf den gleichen Bestimmungen des EG-Rechts wie Anhang II des Freizügigkeitsabkommens. Die anderen EFTA-Staaten, die gleichzeitig Mitgliedstaaten des EWR (Europäischer Wirtschaftsraum) sind, übernehmen jeweils die von der EG beschlossenen Änderungen rasch nach deren Erlass. Es ist daher logisch, dass in das EFTA-Abkommen die gleichen Änderungen aufzunehmen sind, wie sie mit der EG vereinbart wurden. Die Revision, mit der die jüngsten Änderungen von Anhang II des Freizügigkeitsabkommens in das EFTA-Abkommen integriert werden sollen, ist derzeit im Gang.

Kati Fréhelin, Juristin, Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten, Bereich Abkommen, BSV; e-mail: kati.frechelin@bsv.admin.ch

Ausblick

Erweiterung der EU um weitere Staaten – Folgen für die Schweiz

Am 1. Mai 2004 werden Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, die Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern EG-Mitgliedstaaten. Sie haben sich verpflichtet, in die Abkommen der EG mit Drittstaaten einzutreten. Sechs der sieben sektoriellen Abkommen mit dem «Drittstaat Schweiz» werden automatisch für die vergrösserte EG gelten. Für das Freizügigkeitsabkommen gilt dies nicht. Es sind Anpassungen erforderlich, über die verhandelt werden muss.



Josef Doleschal
BSV, Geschäftsfeld Internationale
Angelegenheiten

Erweiterung der bestehenden Sozialversicherungscoordination

Die Verhandlungen begannen am 16. Juli dieses Jahres und sollen bis zum Jahresende abgeschlossen sein. Hauptgegenstand wird die Öffnung des schweizerischen Arbeitsmarktes sein (Anhang I zum Freizügigkeitsabkommen). In der Sozialen Sicherheit (Anhang II) würde die bestehende Koordinationsregelung, die sich ja auf die EG-Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 stützt, auf die neuen Mitgliedstaaten ausgedehnt. Letztere müssen mit dem Beitritt diese Verordnungen voll übernehmen. Sie enthalten grundsätzlich die notwendige Flexibilität, damit auch Staaten mit besonderen Versicherungssystemen daran partizipieren können. Allerdings muss jeder Staat dafür sorgen, dass sein System koordinationsfähig im Sinne des Gemeinschaftsrechtes wird. Wie seinerzeit die Schweiz durch Öffnung der Krankenversicherungspflicht für Personen mit Wohnsitz im Ausland mussten auch die neuen Staaten ihre Gesetzgebungen «eurokompatibel» machen. Für die meisten bedeutete dies in diversen Zweigen einen kompletten Systemwechsel. Vor der politischen Wende Ende der Neunzigerjahre bestanden in osteuropäischen Staaten zum Teil Einheitssysteme, die keine präzise Kostenabgrenzung zwischen den einzelnen Risiken zuließen.

Inzwischen wurden diese Systeme so gestaltet, dass die EG-Koordinationsregeln einschliesslich der oft komplizierten Mechanismen der gegenseitigen Kostenverrechnung spielen können.

Bestehende Abkommen mit den neuen Beitrittsländern

Zwischen der Schweiz und fünf der zehn Beitrittsländer – nämlich der Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern – bestehen bereits Abkommen über Soziale Sicherheit. Alle beziehen sich auf die beiderseitige Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und den Krankenversicherungsübertritt, die Abkommen mit Slowenien und mit Zypern erstrecken sich darüber hinaus auch auf die Unfallversicherung.

Im Verhältnis zu den heute in der Schweiz lebenden bzw. im Versichertenregister der Zentralen Ausgleichsstelle erfassten Staatsangehörigen von EG-Staaten ist der Bestand der Staatsangehörigen aus den neuen Beitrittsländern insgesamt mit 1,2 bzw. 2,2 % sehr bescheiden. Davon entfallen knapp 70 bzw. 60 % auf Staatsangehörige aus den heutigen fünf Vertragsstaaten. Sie haben bereits heute Anspruch auf Rentenzahlung ins Ausland. Der 2002 ausbezahlte Betrag machte lediglich 0,3 % der Zahlungen in heutige EG-Staaten aus.

Hauptpunkte der Verhandlungen

Die Verhandlungen werden sich auf notwendige oder wünschbare Anpassungen bei den Anhängen zu den EG-Sozialversicherungsverordnungen konzentrieren. Dort kann nämlich gewissen Besonderheiten in den bilateralen Beziehungen Rechnung getragen werden. Zu klären ist dabei namentlich die allfällige Aufrechterhaltung von Bestimmungen bestehender Sozialversicherungsabkommen bzw. die Ausdehnung des Optionsrechts in der Krankenversicherung auf weitere Staaten.

Mögliches In-Kraft-Treten

Die neuen Staaten dürften auf jeden Fall Gelegenheit haben, in der Zusammenarbeit mit den bisherigen EG-Staaten und unter sich erste praktische Erfahrungen zu sammeln, bevor die Erweiterung im Verhältnis zur Schweiz wirksam wird. Das Zusatzprotokoll wird schon aus zeitlichen Gründen aller Voraussicht nach nicht vor dem Jahre 2005 in Kraft treten können.

Schweizerischerseits ist die Zustimmung der eidgenössischen Räte erforderlich. Gegen den entsprechenden Bundesbeschluss kann das fakultative Referendum ergriffen werden. Seitens der EG gilt für Zusatzverträge, die sich auf Folgen der Erweiterung beziehen, ein vereinfachtes Genehmigungsverfahren: Die einstimmige Annahme im Rat ersetzt die Ratifizierung durch die Parlamente der Mitgliedstaaten.

Josef Doleschal, Dr. rer. pol., Leiter des Bereichs Abkommen im Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten des BSV; E-Mail: josef.doleschal@bsv.admin.ch

Der Bundesrat beantragt Massnahmen zur Stabilisierung der beruflichen Vorsorge

Der Bundesrat hat die Botschaft über Massnahmen zur Behebung von Unterdeckungen in der beruflichen Vorsorge verabschiedet. Nachdem sich die finanzielle Lage mancher Vorsorgeeinrichtungen leicht entspannt hat, sollen die Änderungen nun nicht mehr im beschleunigten Verfahren behandelt und erst am 1. Juli 2004 in Kraft gesetzt werden. Grundsätzlich liegt es im Ermessen jeder Einrichtung, inwieweit sie Massnahmen ergreifen will. Nur bei «erheblicher» Unterdeckung ist sie dazu verpflichtet.

Aus dem Geschäftsfeld Alters- und Hinterlassenenvorsorge des BSV

Leichte Entspannung

Trotz der tendenziell positiven Entwicklung der Finanzmärkte im zweiten Quartal 2003 ist die Finanzlage der Vorsorgeeinrichtungen nach wie vor angespannt. Derzeit befinden sich immer noch etwa 40% der Vorsorgeeinrichtungen in Unterdeckung. Um den Handlungsspielraum solcher Einrichtungen vor allem im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge zeitlich und materiell zu erweitern, soll vom gesetzlichen Erfordernis der jederzeitigen 100-prozentigen Deckung sämtlicher Verpflichtungen abgewichen werden können und der Katalog von Massnahmen, die zur Behebung einer Unterdeckung ergriffen werden können, erweitert werden.

Vier mögliche Massnahmen

Der Massnahmenkatalog sieht insbesondere folgende Änderungen vor:

Erhebung zusätzlicher Beiträge von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Rentnern

Die Vorsorgeeinrichtung kann während der Dauer der Unterdeckung Beiträge vom Arbeitgeber

sowie von den Arbeitnehmer/innen zur Behebung der Unterdeckung erheben. Der Beitrag des Arbeitgebers muss mindestens gleich hoch sein wie die Summe der Arbeitnehmerbeiträge. Im überobligatorischen Bereich ist für die Erhebung von Zusatzbeiträgen die Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich.

Ein gleicher Beitrag soll auch von Rentnern und Rentnerinnen eingefordert werden können. Die zeitlich beschränkten Beiträge der Rentner/innen können mit der Rente verrechnet werden. Rentenleistungen im obligatorischen Bereich dürfen aber nicht dauernd geschmälert werden.

Die Zusatzbeiträge sind nicht Teil der Freizügigkeitsleistung, was bedeutet, dass sie bei einem Stellenwechsel bei der betreffenden Pensionskasse verbleiben. Die Beiträge können jedoch von den Pflichtigen von der Steuer abgezogen werden.

Unterschreitung der Mindestverzinsung für BVG-Altersguthaben

Während der Dauer einer Unterdeckung kann die Vorsorgeeinrichtung auf den BVG-Altersguthaben einen tieferen als den BVG-Mindestzinssatz vergüten. Diese Massnahme kommt besonders für Vorsorgeeinrichtungen in Frage, welche die Mindestvorsorge anbieten und

nicht über ausreichende Reserven verfügen. Sie darf aber nur in Ausnahmefällen angewandt werden. Zulässig ist eine Minder- oder Nullverzinsung, aber kein Negativzins.

Vermeidung von Missbräuchen bei der Wohneigentumsförderung

Der Bundesrat ist befugt, auf Verordnungsstufe Bestimmungen zu erlassen, welche die Vorsorgeeinrichtungen in Unterdeckung in die Lage versetzen, Missbräuche im Bereich der Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge zu verhindern. So sollen Vorsorgeeinrichtungen in ihrem Reglement vorsehen können, dass während der Dauer einer Unterdeckung die Verpfändung, der Vorbezug und die Rückzahlung von Vorsorgemitteln zeitlich und betragsmässig eingeschränkt oder ganz verweigert werden können.

Einlagen in ein Arbeitgeberbeitrags-Reservekonto

Arbeitgeber erhalten die Möglichkeit, steuerbegünstigte Einlagen in ein gesondertes Arbeitgeberbeitrags-Reservekonto zu leisten, sofern diese dazu dienen, durch einen zeitlich befristeten Verwendungsverzicht Massnahmen zur Behebung einer Unterdeckung abzuwenden.

Rahmenbedingungen

Gemäss Botschaft kann eine Vorsorgeeinrichtung eine zeitlich begrenzte Unterdeckung aufweisen, solange sie gewährleistet, dass die gesetzlichen Leistungen bei Fälligkeit erbracht werden können, und sie Sanierungsmassnahmen ergreift, damit eine Volldeckung der Verpflichtungen in angemessener Frist wiederhergestellt werden kann.

Die Verantwortung und die Entscheidungskompetenz für diese Sondermassnahmen liegen bei den Vorsorgeeinrichtungen. Um negative finanzielle Auswirkungen zu vermeiden, sind die Sanierungsmassnahmen ausnahmslos auf die Dauer einer Unterdeckung beschränkt.

Als allgemeine Richtlinien für die zu treffenden Sanierungsmassnahmen sind folgende zu beachten:

- Die Massnahmen sollen gesetzeskonform sein und insbesondere keine wohlerworbenen Rechte verletzen und keine ungesetzliche Rückwirkung haben.
- Die Massnahmen sollen dem Grad der Unterdeckung angemessen sein. Es gibt so wenig allgemeingültige Massnahmen, so wenig es identische Vorsorgeeinrichtungen gibt, d.h. jede Massnahme muss der individuellen Situation der Vorsorgeeinrichtung in zeitlicher und materieller Hinsicht angemessen sein.
- Bei der Festlegung von Massnahmen muss insbesondere der Grundsatz der Verhältnismässigkeit gewahrt werden. Verhältnismässigkeit bedeutet, dass einschneidende Massnahmen erst ergriffen werden müssen, wenn andere, weniger weit gehende Massnahmen nicht zum Ziel führen. Bei verbesserter Lage sind die Massnahmen entsprechend zu lockern. Besteht die Aussicht, dass die Unterdeckung durch andere Massnahmen als diejenigen, wie sie vom Gesetz neu vorgeschlagen werden sollen, behoben werden kann und kann ferner davon ausgegangen werden, dass die Ursachen, welche zur Unterdeckung geführt haben, rein vorü-

bergehender Natur sind, so sind unter Umständen einstweilen keine einschneidenden Massnahmen notwendig.

Verhältnismässigkeit bedeutet gleichzeitig, dass die Massnahmen für die Betroffenen nicht zu unzumutbaren Härten führen dürfen. In diesem Sinne ist das wirtschaftliche Umfeld des Arbeitgebers zu beachten. Verhältnismässigkeit

(Art. 65a BVG) am meisten Zustimmung findet. Indem diese Bestimmung eine zeitlich begrenzte Unterdeckung zulässt, ermögliche sie die sinnvolle Umsetzung von Massnahmen.

Der im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Massnahmenkatalog (Art. 65b Abs. 3 BVG) wird viel differenzierter beurteilt. Die Möglichkeit, von Arbeitgeber- und Arbeit-

Einschneidende Massnahmen sollen erst ergriffen werden, wenn andere, weniger weit gehende Massnahmen nicht zum Ziel führen.

bedeutet ferner, dass beispielsweise zu berücksichtigen ist, wer und in welchem Ausmass von Leistungen aus freiwilligen Mitteln profitieren konnte.

- Die Massnahmen sollen im Weiteren ursachenadäquat sowie wirksam, nachvollziehbar und nachhaltig sein.
- Letztlich müssen die Sanierungsmassnahmen administrativ realisierbar sein und innert angemessener Frist zur Behebung der Unterdeckung führen.

Echo aus der Vernehmlassung

Die Vorlage wurde in der Vernehmlassung gesamthaft gut aufgenommen. Unbestritten ist, dass von den verschiedenen Bestimmungen diejenige über die Abweichung vom Grundsatz der jederzeitigen Sicher-

nehmerseite Sanierungsbeiträge sowie von den Rentnern einen Beitrag zur Behebung der Unterdeckung zu erheben, sowie die Möglichkeit der Unterschreitung des BVG-Mindestzinssatzes riefen unterschiedliche und zum Teil diametral entgegengesetzte Stellungnahmen hervor.

Die breite allgemeine Zustimmung wird meistens mit der Notwendigkeit von Sondermassnahmen sowie mit der Feststellung begründet, dass der Entwurf einen rechtlichen Rahmen schaffe, der den Vorsorgeeinrichtungen einen unerlässlichen Handlungsspielraum ermögliche.

Die Pressemitteilung des EDI zum Beschluss des Bundesrates findet sich im Internet unter www.bsv.admin.ch (Aktuell). Sie enthält als Anhänge die Botschaft des Bundesrates, eine Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse und den Entwurf der Gesetzesänderung.

Der Bundesrat senkt den Mindestzinssatz in der beruflichen Vorsorge auf 2,25 %

Der Mindestzinssatz in der beruflichen Vorsorge soll per 1. Januar 2004 von 3,25 auf 2,25% abgesenkt werden. Mit diesem Beschluss berücksichtigt der Bundesrat die seit dem Frühjahr wieder aufgehellte Situation an den Anlagemärkten. Die Eidgenössische BVG-Kommission hatte im Mai einen Satz von 2 % vorgeschlagen. Da die Finanzmärkte starken Schwankungen ausgesetzt sind, wird der Mindestzinssatz in den nächsten Jahren jährlich überprüft.

Aus dem Geschäftsfeld Alters- und Hinterlassenenvorsorge des BSV

Ausgangslage

Als im Sommer 2002 der Bundesrat erstmals seit Einführung des Obligatoriums in der beruflichen Vorsorge eine Senkung des Mindestzinssatzes ankündigte, erhob sich ein breiter Protest, der sich in öffentlichen Demonstrationen und parlamentarischen Debatten niederschlug (CHSS 5/2002 S. 283). Der Zinssatz wurde in der Folge nicht wie zuerst angekündigt von 4 auf 3 %, sondern lediglich auf 3,25 % gesenkt, und dies erst ab Anfang 2003.

In Anbetracht der weiterhin schlechten Börsenlage und zunehmender Unterdeckung bei den Pensionskassen fasste der Bundesrat im Frühjahr 2003 eine weitere Senkung des Mindestzinssatzes ins Auge. Aus den vorläufigen Ergebnissen der jährlich von der Complementa Investment Controlling SA in Zusammenarbeit mit der AWP Soziale Sicherheit durchgeführten Studie «Risk Check-Up» ging hervor, dass die Zahl der Pensionskassen in Unterdeckung zwischen Ende 2002 und Ende März 2003 von 45 auf 60 % angestiegen ist. Der Bundesrat konsultierte im Mai die Eidgenössische BVG-Kommission. Den von der Kommission vorgeschlagenen Zinssatz von 2 % sandte er Ende Mai in eine Vernehmlassung bei den Sozialpartnern sowie den Sozialkommissionen (SGK) von National- und Stän-

derat. Die Konsultation hat ergeben, dass die Arbeitgeberseite einen Mindestzins von maximal 2 % befürwortete, während die Gewerkschaften 3 % für angemessen erachteten. Letztere verlangten eine feste Formel zur Festlegung des Mindestzinssatzes, ebenso die SGK des Nationalrates. Die SGK des Ständerates wünschte, dass die aktuelle Entwicklung der Finanzmärkte berücksichtigt werde.

Aktuelle Situation und neuer Zinssatz

Dank besseren Börsenergebnissen ist der Anteil der Pensionskassen mit Unterdeckung seit dem zweiten Quartal 2003 deutlich zurückgegangen, liegt heute aber immer noch bei knapp 40 %. Ausserdem haben rund 40 % der Vorsorgeeinrichtungen eine beschränkte Risikofähigkeit, das heisst sie verfügen nicht über ausreichende Schwankungsreserven. Nur knapp 20 % der Pensionskassen weisen einen Deckungsgrad von über 100 % auf und haben zugleich genügend Schwankungsreserven. Die starken Turbulenzen auf den Finanzmärkten beinhalten das Risiko einer negativen Trendwende.

Der Bundesrat hat deshalb einen vorsichtigen Mindestzinssatz von 2,25 % festgesetzt. Mit einem Mindestzinssatz von 2,25 % wird einerseits die aktuelle Anlagesituation

und andererseits auch die finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtungen angemessen berücksichtigt. Eine weitergehende Berücksichtigung der Finanzmarktentwicklung ist aufgrund der dargestellten finanziellen Lage der Vorsorgeeinrichtungen nicht angebracht. Es kann angesichts der heftigen Marktbewegungen auch nicht ausgeschlossen werden, dass die Erholung an den Finanzmärkten im dritten oder vierten Quartal zum Stillstand kommt oder sich umkehrt. Ein vorsichtiger Zinssatz entlastet die Vorsorgeeinrichtungen und dürfte somit eine stabilisierende Wirkung auf das System haben. Diese Vorsichtsmassnahme drängt sich auch deshalb auf, weil die in der 1. BVG-Revision vorgesehene Senkung des Umwandlungssatzes (von 7,2 auf 6,8 % über einen Zeitraum von 10 Jahren) erst ein Jahr später als geplant in Kraft tritt. Die Senkung des Umwandlungssatzes stellt indes eine deutliche Entlastung für Vorsorgeeinrichtungen dar. Wenn die Anlageentwicklung im folgenden Jahr über dem festgesetzten Mindestzinssatz liegt, können die Vorsorgeeinrichtungen die im Laufe der letzten drei Jahre aufgrund der schlechten Börsenlage zurückgegangenen Reserven neu bilden und allenfalls die Überschüsse verteilen. Aufgrund der schwachen Inflation und der Lohnentwicklung ist das Leistungsziel durch die Anwendung eines vorsichtigen Mindestzinssatzes sehr wahrscheinlich nicht gefährdet.

Der Entscheid des Bundesrates ist eine adäquate Antwort auf die günstige Entwicklung des Kapitalmarkts und dessen Schwankungen sowie auf die aktuelle finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtungen. Neu ist ab kommendem Jahr die (vorläufig) jährliche Überprüfung des Mindestzinssatzes.

Pilotversuche zur Erprobung neuer Modelle der Hilflosenentschädigung in der IV

Mit der 4. IV-Revision hat der Bundesrat den gesetzlichen Auftrag erhalten, unverzüglich nach ihrem In-Kraft-Treten (1. 1. 2004) einen oder mehrere Pilotversuche durchzuführen, um Erfahrungen mit Massnahmen zur Stärkung einer eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensführung von Versicherten mit einem Bedarf an Pflege und Betreuung zu sammeln. In den Pilotprojekten soll die Höhe der Hilflosenentschädigung nach dem Ausmass der Hilflosigkeit abgestuft und personenbezogen ausgerichtet werden.



Maria Ritter
Geschäftsfeld IV, BSV

Neue Ausgestaltung der Hilflosenentschädigung ab 2004

Als hilflos gelten nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen Personen, die wegen ihrer beeinträchtigten Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd auf die Hilfe von Drittpersonen beziehungsweise auf persönliche Überwachung angewiesen sind oder die zu Hause leben und dauernde lebenspraktische Begleitung benötigen.¹ Das Gesetz unterscheidet zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit.²

Die Kosten, die durch den Bedarf an Hilfe entstehen, sollen durch die Hilflosenentschädigung zumindest teilweise gedeckt werden. Um zu bemessen, wie viel Hilfe jemand braucht, werden funktionelle Kriterien angewendet:

- Unterstützung in den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen: An-

kleiden/Auskleiden; Aufstehen/Absitzen/Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung (im oder ausser Haus) / Kontaktaufnahme;

- Pflege (medizinische oder pflegerische Hilfeleistung);
- persönliche Überwachung;
- lebenspraktische Begleitung.

Die Hilflosenentschädigung ist eine Versicherungsleistung, die als monatliche Pauschale an Versicherte, die in der Schweiz wohnen, entrichtet wird.

Im Rahmen der 4. IV-Revision wurden Anpassungen der heutigen Leistungen im Bereich Pflege und Betreuung beschlossen: Anstelle der bisherigen Hilflosenentschädigung für Volljährige, der Pflegebeiträge für hilflose Minderjährige und der Beiträge an die Kosten der Hauspflege wird eine einheitliche Hilflosenentschädigung für alle Altersgruppen ab Geburt bis zum AHV-

Rentenalter eingeführt. Um die Wahlfreiheit zwischen dem Leben zu Hause und dem Leben im Heim zu erhöhen, werden für zu Hause lebende Versicherte die Beiträge gegenüber heute verdoppelt. Lebenspraktische Begleitung wird neu als ein Kriterium für leichte Hilflosigkeit anerkannt. Eine Hilflosenentschädigung aufgrund eines Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung können psychisch und geistig leicht Behinderte beanspruchen, erstere allerdings nur, sofern sie Anrecht auf eine Viertelsrente haben. Lebenspraktische Begleitung bedeutet z.B. Hilfe für eine versicherte Person, die das Haus für Verrichtungen und Kontakte (Einkaufen, Freizeitaktivitäten, Kontakte mit Arbeitsstellen oder Medizinalpersonen, Coiffeurbesuch usw.) nicht allein verlassen kann, oder für eine Person, die regelmässige Unterstützung in Alltagssituationen (z.B. nachbarschaftliche Probleme, Fragen der Gesundheit, Ernährung und Hygiene, einfache administrative Tätigkeiten usw.) benötigt.

Diese ausgebauten Hilflosenentschädigung wird durch Verbesserungen bei den Ergänzungsleistungen (EL) vervollständigt. Bei einer schweren oder mittelschweren Hilflosigkeit können bei invaliden Personen ungedeckte Krankheits- und Behinderungskosten zusätzlich durch die Ergänzungsleistungen vergütet werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die betroffene behinderte Person bereits jährliche Ergänzungsleistungen bezieht, da ihre eigenen Einkünfte den Existenzbedarf nicht decken.

¹ Vgl. Art. 9 ATSG und Art. 42 Abs. 3 Satz 1 IVG (in Kraft ab 1.1.2004).

² Vgl. Art. 37 IVV (in Kraft ab 1.1.2004).

Neue Ansätze der Hilflosenentschädigung und der EL-Leistungen im Rahmen der 4. IV-Revision, Beträge Stand 2004

Hilflosenentschädigung (HE) für zu Hause lebende Personen:³

Voller Ansatz (Verdoppelung der heutigen HE):

Schwere Hilflosigkeit: Fr. 1688.–/Mt. (80% des Höchstbetrags der Altersrente)

Mittelschwere Hilflosigkeit: Fr. 1055.–/Mt. (50% des Höchstbetrags der Altersrente)

Leichte Hilflosigkeit: Fr. 422.–/Mt. (20% des Höchstbetrags der Altersrente)

Hilflosenentschädigung für im Heim lebende Personen:

Halber Ansatz (gleiche Beträge wie heutige HE):

Schwere Hilflosigkeit: Fr. 844.–/Mt.

Mittelschwere Hilflosigkeit: Fr. 528.–/Mt.

Leichte Hilflosigkeit: Fr. 211.–/Mt.

Zusätzliche Leistungen für zu Hause lebende Volljährige;

Krankheits- und Behinderungskosten (im Rahmen der EL):

Zu Hause wohnenden Erwachsenen werden folgende Beträge für ungedeckte Kosten für Pflege und Betreuung vergütet:

- bei schwerer Hilflosigkeit: max. Fr. 90 000.–/Jahr (d.h. durchschnittlich 7500.–/Mt.)
- bei mittelschwerer Hilflosigkeit: max. Fr. 60 000.–/Jahr (d.h. durchschnittlich 5000.–/Mt.)

Diskussion in den Räten

Die Ausgestaltung der Hilflosenentschädigung, so wie sie vom Parlament beschlossen wurde, entspricht im Wesentlichen den ursprünglichen Änderungsvorschlägen des Bundesrates. Die schon seit längerem bestehende Forderung verschiedener Behindertenorganisationen nach Erhöhung der Autonomie und

selbstbestimmtem Leben von Behinderten dank einer Assistenzentschädigung floss in die parlamentarischen Diskussionen ein.⁴ In diesen intensiv geführten Debatten wurde unter anderem vorgebracht, dass mehr Menschen stationäre Einrichtungen verlassen würden, wenn sie für ihr Leben zu Hause über grössere finanzielle Mittel verfügten. Es wurde kritisiert, dass die IV für Personen, die zu Hause wohnen, in einigen Fällen weniger bezahle als für Personen, die in einer stationären Einrichtung leben – dies führe zu einer Benachteiligung der zu Hause Lebenden. Ein Modell, welches selbstbestimmtes Leben zu Hause ermögliche, hätte demgegenüber mittel- oder längerfristig Einsparungen zur Folge, indem z.B. weniger Heimplätze benötigt würden.

Schliesslich überzeugte ein Antrag, welcher den Bundesrat dazu verpflichtete, unverzüglich nach Inkraft-Treten der 4. IV-Revision einen oder mehrere Pilotversuche zu veranlassen, «in denen Erfahrungen mit Massnahmen gesammelt wer-

den, die eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung von Versicherten mit einem Bedarf an Pflege und Betreuung stärken...»⁵ Diese Pilotversuche lehnen sich an das sogenannte Modell Langenberger⁶ an, welchem die Parlamentarier/innen grundsätzlich positiv gegenüberstanden, das sie aber zuvor in der Praxis erproben wollten.

Fragestellungen der Pilotversuche

Nachfolgend einige der Fragen, auf welche die Pilotversuche Antwort geben sollen:

- Was heisst «eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben»? Kann diese Definition für die unterschiedlichen Behinderungsarten die gleiche sein?
- Wer nimmt an diesen Pilotversuchen teil?
- Welche Auswirkungen entstehen für die IV oder auch für andere Versicherungen, für die Teilnehmenden, für die stationären Einrichtungen?
- Welche Kostenfolgen und -verlagerungen ergeben sich beim Wechsel aus einer Institution in ein Leben im eigenen Zuhause? Welche Anreize braucht es, damit dieser Wechsel stattfindet?
- Wer erbringt die Pflege- und Betreuungsleistungen?

Gesetzliche Vorgaben für die Durchführung von Pilotversuchen

Im Gegensatz zur Hilflosenentschädigung der 4. IV-Revision, welche durch die Ergänzungsleistungen (Bedarfsleistungen) ergänzt wird, soll die Hilflosenentschädigung in den Pilotversuchen eine reine Versicherungslösung sein. Kostenträgerin ist die IV. Die Kosten werden in eine Pauschale und ein individuelles Budget unterteilt, wobei das Budget in einem vernünftigen Verhältnis zu

3 Die Beträge sind für Minderjährige gleich hoch, werden aber pro Tag berechnet und ausgerichtet.

4 Siehe dazu CHSS 5/1997 S. 259, 4/2000 S. 191.

5 Vgl. Bst. b der Übergangsbestimmungen zur 4. IV-Revision (in Kraft ab 1.1.2004).

6 Das von der Waadtländer Ständerätin Christiane Langenberger eingebrachte Modell beabsichtigte Folgendes: Erleichterung der Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen von versicherten Personen mit Bedarf an Hilfe von Drittpersonen durch eine monatliche personenbezogene Entschädigung, die aus zwei Elementen besteht: Pauschale (entspricht der heutigen Hilflosenentschädigung) und persönliches Budget; Berechnung der Höhe der Hilflosenentschädigung unabhängig von der wirtschaftlichen Situation anhand des Ausmasses der persönlichen Hilflosigkeit; Ausrichtung eines persönlichen Hilflosenbudgets aufgrund einer individuellen Abklärung des Zeitbedarfs an Hilfe; praktisch vollumfängliche Kostendeckung durch die IV.

den Heimkosten stehen soll. Wenn es heute die IV-Stellen beziehungsweise die EL-Stellen sind, welche die Abklärungen machen, so ist in den Pilotversuchen zu definieren, wer den Bedarf an Hilfe von Dritten abklären wird. Es ist auch offen, nach welchen Kriterien dieser Bedarf ermittelt wird. In der aktuellen Praxis und auch nach der Umsetzung der 4. IV-Revision geben funktionelle Kriterien bei der Bemessung der Hilflosigkeit den Ausschlag.

Neben den schon erwähnten Aspekten muss die Höhe der Hilflosenentschädigung nach dem Ausmass der Hilflosigkeit abgestuft sein und personenbezogen ausgerichtet werden. Durch die Pilotversuche soll schliesslich die Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen erleichtert werden.

Projektausschreibung

Da die Pilotversuche unverzüglich nach In-Kraft-Treten der 4. IV-Revision veranlasst werden müssen, ist die Ausschreibung für die Projekt-eingaben bereits Ende Juni 2003 erfolgt. Die Eingabefrist dauert bis Ende November 2003. In der Folge wird das BSV die nötigen Verordnungen und Stellungnahmen erarbeiten, im April 2004 wird die Eidgenössische AHV/IV-Kommission dazu Stellung nehmen. So soll es möglich sein, dass der Bundesrat bis Mitte 2004 über die Durchführung eines oder mehrerer Versuche befinden kann.

Umsetzung der 4. IV-Revision

- Es ist vorgesehen, dass die **regionalen ärztlichen Dienste (RAD)** ihre Arbeit bis spätestens Anfang 2005 aufnehmen. Die Kantone unterbreiten dem BSV ihre Vorschläge zur Regionenbildung bis spätestens Ende März 2004, anschliessend werden die Regionen definitiv festgelegt. Die jeweils verantwortlichen IV-Stellen bauen in der Folge ihre RAD auf, welche die Arbeit unverzüglich aufnehmen können. Die RAD-Pilotversuche (Ostschweiz, Léman, Südschweiz und Mittelland) werden bis zur definitiven Festlegung der Regionen weitergeführt.
- Ab 2006 werden die **Geschäftsprüfungen der IV-Stellen** jährlich durchgeführt. Wie auch die RAD stärken sie die Aufsichtsfunktion des Bundes und schaffen dadurch die Voraussetzungen für eine gesamtschweizerisch möglichst einheitliche Beurteilungspraxis und eine bessere Steuerung der Ausgabenentwicklung.
- In den **Pilotversuchen zur Anstellung invalider Versicherter** sollen Erfahrungen mit Massnahmen gesammelt werden, die Arbeitgebenden Anreiz bieten, vermehrt eingliederungsfähige invalide Versicherte einzustellen. Ab Dezember 2003 werden die Ausschreibungsunterlagen sowie der administrative Ablauf der Gesuchseinreichung auf dem Internet abrufbar sein.

In der Ausschreibung wird verlangt, dass die Eingaben von juristischen Personen gemacht werden und dass eine Mindestteilnehmerzahl von 35 Personen vorgesehen wird. Teilnehmen können grundsätzlich nur volljährige Personen bis Beginn AHV-Rentenalter, ausnahmsweise ist in begründeten Fällen die Teilnahme Minderjähriger möglich. Teilnehmende sollen mindestens eine Hilflosigkeit leichten Grades (gemäss dem ab 1.1.2004 geltenden Gesetz) aufweisen. Erwünscht sind im Speziellen auch Pilotversuche, die auf Menschen mit einer psychischen oder geistigen Behinderung ausgerichtet sind.

Die Auswertung der maximal drei Jahre dauernden Pilotversuche⁷ soll-

te bis Ende 2008 die nötigen Grundlagen liefern, welche einen Vergleich zwischen der Hilflosenentschädigung der 4. IV-Revision und den erprobten Modellen erlauben, damit die eidgenössischen Räte bei einer künftigen Gesetzesrevision beurteilen können, ob ein Systemwechsel angezeigt ist und wie sich ein solcher konkret auswirken würde.

Maria Ritter, Dienst Projekte und Spezialaufgaben im Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV;
E-Mail: maria.ritter@bsv.admin.ch

⁷ Analog wie in Art. 68quater Abs. 3 IVG (in Kraft ab 1.1.2004) kann der Bundesrat Pilotversuche, die sich bewährt haben, während höchstens vier Jahren weiterführen.

Kostenentwicklung in der Krankenversicherung und Festlegung der Prämien 2004

In der Kostenentwicklung der Krankenversicherung zeichnet sich bisher keine Wende zu einem gemässigten Wachstum ab. Die Prämien 2004 steigen zwar im Mittel etwas weniger stark als im Vorjahr. Dabei spielen jedoch einige spezielle Faktoren eine Rolle, die den Krankenversicherern vom Gesetzgeber und vom Bundesrat vorgegeben wurden: Erhöhung der ordentlichen Franchisen und Kürzung der Prämienrabatte bei Wahlfranchisen, Festlegung einheitlicher Prämienregionen.

Aus dem Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung des BSV

Die Verantwortung zur Festsetzung der Prämien und damit für die finanzielle Sicherheit lag schon bisher stets bei den Versicherern selbst. Aufgabe des BSV ist es, im Rahmen der Prämien genehmigung die gesetzlichen Grundlagen durchzusetzen und die Versicherten vor missbräuchlicher Prämienfestsetzung zu schützen. Eine weitere Aufgabe des BSV besteht darin, die Versicherer auf offensichtliche Fehlbudgetierungen hinzuweisen.

Erstmals verzichtet das BSV auf die Veröffentlichung einer gesamtschweizerischen Durchschnittsprämie. Es handelt sich dabei um eine rein virtuelle Prämie von eingeschränkter Aussagekraft. Hingegen werden für die Bedürfnisse der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV weiterhin kantonale Durchschnittsprämien errechnet und in einer Verordnung festgehalten.

Für jeden Versicherten ist die individuelle Prämienmitteilung seines Versicherers massgebend.

Ablauf des Prämien genehmigungsverfahrens

Die Versicherer setzen per Ende Juli ihre Prämien für das folgende Kalenderjahr aufgrund der zu er-

wartenden Kosten fest. Sie reichen diese, zusammen mit den Hochrechnungen des laufenden Jahres (2003) und dem Budget des folgenden Jahres (2004), dem BSV zur Genehmigung ein.

Das BSV prüft die Prämien insbesondere in Bezug auf die finanzielle Sicherheit der Versicherer, auf den Schutz der Versicherteninteressen und auf die Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen zur Finanzierung bzw. zur Prämienfestsetzung in der sozialen Krankenversicherung. Dabei wird die finanzielle Entwicklung der Versicherer auf der Basis der definitiven Abschlüsse 2002, der Hochrechnungen 2003 und der Budgets 2004 geprüft. Aufgrund von Erfahrungswerten, Prognosen und Vergleichen zwischen Versicherern weist das BSV die Versicherer auf Abweichungen hin, welche die Bandbreite der normalen Prognoseunsicherheit überschreiten. Dabei werden generelle und individuelle Risikofaktoren für jeden Versicherer gewichtet und in der Prüfung berücksichtigt (z.B. die Bestandesentwicklung, die Kostenentwicklung, die Berechnung des Risikoausgleichs und die aktuelle finanzielle Lage). Im Fall einer missbräuchlichen Festlegung von Prämien verlangt das BSV entsprechende Korrekturen. Bei offensichtlicher Fehlbudgetierung setzt das BSV Vorbehalte oder erlässt neben der

Prämien genehmigung verbindliche Weisungen für die Prämienfestlegung im Folgejahr.

Das BSV teilt den Genehmigungsentscheid allen Versicherern zum selben Zeitpunkt mit. Nachdem die Versicherer bis Ende September den entsprechenden Genehmigungsentscheid vom BSV erhalten haben, ist es ihre gesetzliche Aufgabe, ihre Versicherten individuell bis spätestens Ende Oktober 2003 über die neuen Prämien ab 1.1.2004 zu informieren. Die Versicherten haben nach Erhalt der individuellen Prämienmitteilung bis Ende November Zeit, den Versicherer zu wechseln oder ihre Versicherung anzupassen.

Faktoren der Kostenentwicklung

Die Nettoleistungen der Krankenversicherung sind im Jahr 2002 um 4,4% angestiegen; im Vorjahr erreichte die Zunahme 5,9%. Von den vier Haupt-Kostengruppen beanspruchten die Spitäler einschliesslich der Pflegeheime den grössten Anteil (**Diagramm 1a**). Die grösste prozentuale Kostenzunahme war bei der Gruppe «Übrige»¹ mit 9,3% zu verzeichnen, gefolgt von den Medikamenten mit 7,8%. In absoluten Beträgen stiegen jedoch die Kosten für Medikamente mit 274 Mio. Franken am stärksten (**Diagramm 1b**). Der Zuwachs bei den Medikamenten war auch über die ganze Periode 1996 bis 2002 am grössten. Dieser Kostenanstieg ist hauptsächlich auf den Ersatz älterer, kostengünstiger durch neue, teurere Medikamente zurückzuführen.

Betrachtet man den ambulanten Bereich im Detail (**Diagramme 2a/2b**), so stehen hier die Arztkosten

¹ Darunter fallen Spitex, Physiotherapie, Labortorien, Chiropraktik, Mittel und Gegenstände.

an erster Stelle, gefolgt von den Medikamentenkosten. Auch aus dieser Optik dominieren die Medikamente den Kostenzuwachs in absoluten Beträgen. Prozentual lag der Zuwachs im Jahr 2002 bei den übrigen Kosten² sowie in den Vorjahren zudem bei der ambulanten Spitalbehandlung noch höher. Auch die Kosten der spitalexternen Pflege sind seit 1996 – auf allerdings noch recht tiefem Niveau – stark angestiegen.

Die Bruttoleistungen pro Versicherten sind zwischen 1996 und 2002 von 1732 auf 2325 Franken angestiegen (**Tabelle 3**). Den grössten Zuwachs verursachte die Spitex, gefolgt von den Pflegeheimkosten. Der Zuwachs der Kosten pro Versicherten war im Jahr 2002 der tiefste in der Periode 1996 bis 2002.

Situation der Krankenversicherer

Das Prämienvolumen lag 2002 aufgrund der provisorischen Ergebnisse bei 15 355 Mio. Franken. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Anstieg um 9,7%. Die Nettoleistungen zu Lasten der Krankenversicherer, unter Anrechnung der Kostenbeteiligungen und der Franchisen, lagen bei 14 597 Mio. Franken, was einer Zunahme um 4,4% gegenüber 2001 entspricht.

Das Rückstellungsvolumen hat sich insgesamt gegenüber dem Vorjahr nur unwesentlich verändert: 3996 Mio. Franken 2001 gegenüber 4014 Mio. Franken 2002. Dies entspricht 546 Franken pro versicherte Person.

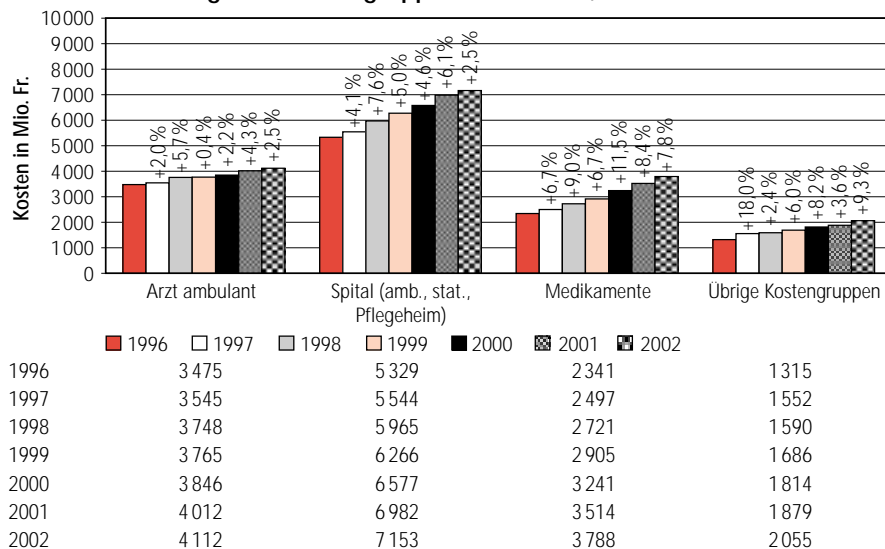
Die Reserven, die 2001 15% der Prämien ausmachten (2103 Mio.), sind 2002 auf 12,8% zurückgegangen (1970 Mio.).

Die Verwaltungskosten und Abschreibungen sind praktisch gleich geblieben. Neu belaufen sie sich pro versicherte Person auf 126 Franken oder 5,9% der Auslagen (2002: 124 Fr.).

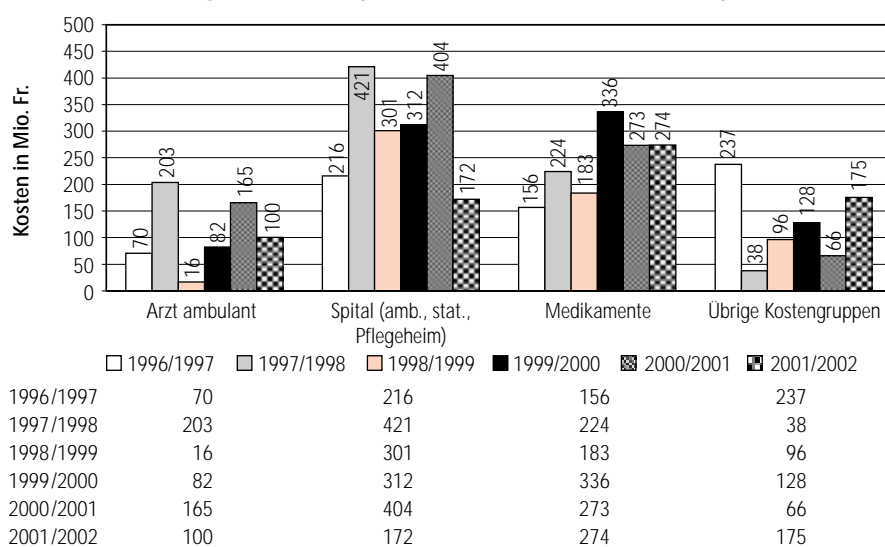
Gemäss Schätzungen hat sich die Situation der Krankenversicherer

Kostenentwicklung nach Kostengruppen 1996–2002, in Mio. Fr.

1a



Kostenentwicklung nach Kostengruppen 1996–2002, Veränderung in Mio. Fr. 1b



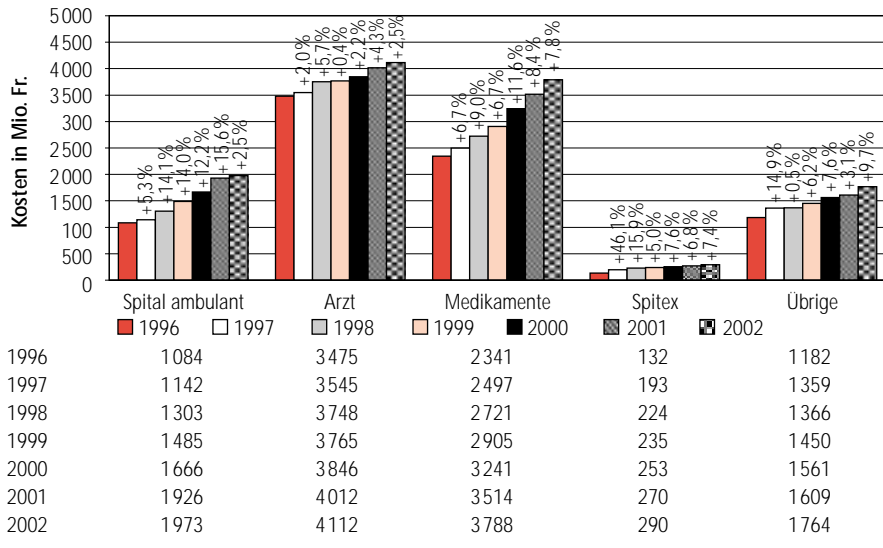
mit ungenügender oder negativer Reservequote im Laufe des letzten Jahres entscheidend verbessert. Grund dafür waren die für 2003 genehmigten Prämientarife, die einen prozentualen Anteil für die Reservebildung enthielten, sowie die von gewissen Versicherern eingeleiteten Sanierungsmassnahmen. Das BSV hat von seiner Aufsichtscompetenz Gebrauch gemacht und gewisse Versicherer dazu bewogen bzw. verpflichtet, grundlegende Umstrukturierun-

gen vorzunehmen. Daneben werden finanziell angeschlagene Krankenversicherer enger beaufsichtigt. In aussichtslosen Fällen droht den Versicherern ein Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Diese Massnahme musste im Falle der Krankenkasse Accorda verfügt werden. Das Eidgenössische Departement

² Physiotherapie, Laboratorien, Chiropraktik, Mittel und Gegenstände.

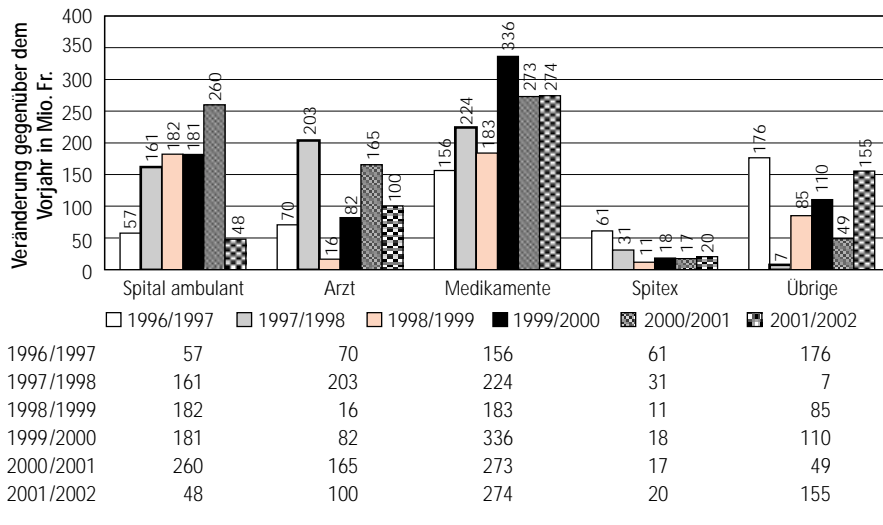
Kostenentwicklung im ambulanten Bereich 1996–2002, in Mio. Fr.

2a



Kostenentwicklung im ambulanten Bereich 1996–2002, Veränderung in Mio. Fr.

2b



tement des Innern hat der Kasse die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung wegen gravierender organisatorischer Mängel mit Wirkung ab 31. Dezember 2003 entzogen.

Prämienwirksame Massnahmen

Aufgrund von Beschlüssen des Parlaments und des Bundesrates beeinflussen zudem die folgenden Faktoren die weitere Prämienentwicklung:

a. Festlegung einheitlicher Prämienregionen

Haben bisher die einzelnen Krankenversicherer die Prämienregionen selber einteilen können, so bestimmt nun das BSV aus Gründen der Transparenz einheitliche Regionen für alle Versicherer. Es kommt damit einem Auftrag des Parlaments nach. Das hat zur Folge, dass in Kantonen mit mehreren Prämienregionen Versicherte von prämienünstigen in teure Regionen umgeteilt werden müssen und umgekehrt.

Insgesamt ist die Umverteilung prämieneutral, sie kann aber für einzelne Versicherte eine markante Prämienhöhung zur Folge haben.

Kantone mit einer Prämienregion sind folgende: AG, AI, AR, BS, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SO, SZ, TG, UR, ZG.

Kantone mit zwei Prämienregionen: BL, FR, SH, TI, VS.

Kantone mit drei Prämienregionen: BE, GR, LU, SG, VD, ZH.

b. Erhöhung der ordentlichen Franchise

Auf dem Verordnungsweg hat der Bundesrat die obligatorische Grundfranchise für Erwachsene von 230 auf 300 Franken und den maximalen Selbstbehalt von 600 auf 700 Franken erhöht (bei Kindern von 300 auf 350 Fr.). Das führt zu einer leichten Entlastung bei den Prämien um rund 1%.

c. Kürzung der Prämienrabatte bei den Wahlfranchisen

Der Bundesrat hat zudem die Prämienrabatte für die Wahlfranchisen reduziert. Die Folge ist ein zusätzlicher Prämienanstieg vor allem für Versicherte mit hohen Franchisen, die bisher von maximalen Prämienrabatten profitiert haben. Insgesamt ist fast die Hälfte der Versicherten von dieser Massnahme betroffen. Versicherte mit der obligatorischen Grundfranchise werden damit leicht entlastet.

Das Informationsangebot des BSV

Ab Anfang Oktober kommen die Krankenversicherer ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach und informieren ihre Versicherten über deren individuelle Prämien 2004. Damit die Versicherten die Prämien aller Krankenkassen vergleichen können, stellt ihnen das BSV ab Mitte Oktober eine Prämienübersicht zur Verfügung. Sie enthält die Übersicht der

Bruttoleistungen pro Versicherten nach Kostengruppen 1996–2001

3

	in Franken							Veränderung in %					
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02
Arzt ambulant	483	491	517	518	529	548	559	1,7%	5,2%	0,2%	2,2%	3,5%	2,0%
Medikamente	325	346	375	400	446	480	515	6,4%	8,5%	6,5%	11,5%	7,6%	7,2%
Spital stationär	497	487	493	497	509	519	515	-2,1%	1,2%	0,9%	2,3%	2,0%	-0,8%
Spital ambulant	151	158	180	204	229	263	268	5,0%	13,6%	13,7%	12,2%	14,7%	2,0%
Pflegeheim	93	123	151	161	167	172	189	33,2%	22,1%	6,9%	3,8%	2,8%	10,2%
Spitex	18	27	31	32	35	37	39	45,7%	15,4%	4,8%	7,6%	6,0%	6,8%
Physiotherapie	56	55	58	60	61	66	69	-2,0%	5,7%	4,4%	2,2%	6,7%	5,0%
Labor	49	46	55	57	61	63	66	-6,3%	18,3%	3,9%	7,0%	3,8%	4,5%
Übrige Kosten	59	87	76	82	92	91	105	47,6%	-13,2%	8,6%	12,0%	-1,4%	15,3%
Total	1 732	1 821	1 935	2 012	2 130	2 238	2 325	5,2%	6,2%	4,0%	5,8%	5,1%	3,9%

Prämien aller im Kanton tätigen Versicherer, Hinweise zu den Kündigungsfristen und Sparmöglichkeiten sowie zu den für die Versicherten interessanten Neuerungen. Zu finden sind darin auch Listen der HMO-Standorte, Hausarztnetze, Krankenversicherer sowie der für die Prämienverbilligung zuständigen kantonalen Stellen.

Die Bestellmöglichkeiten:

schriftlich Bundesamt für Sozialversicherung, Prämien-Service, Effingerstrasse 20, 3003 Bern
mit Angabe des gewünschten Kantons und einer rückadressierten Selbstklebe-Etikette (bitte keine Couverts schicken)

per Fax vom 13. Oktober bis 7. November: 031 324 88 00 mit Angabe des gewünschten Kantons
per Telefon vom 13. Oktober bis 7. November zu Bürozeiten: 031 324 88 01
per E-Mail bsv.praemienservice@bsv.admin.ch
www www.bsv.admin.ch

Statistik über die Krankenversicherung: Provisorische Ergebnisse 2002

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG (OKP) stieg das Prämienvolumen zwischen 2001 und 2002 um 9,7% auf 15,3 Mrd. Franken an. Das Volumen der Bruttoleistungen nahm um 4,4% auf 17,1 Mrd. Franken weniger stark zu. Die Kostenbeteiligung der Versicherten ist um 4,3% von 2,4 Mrd. auf 2,5 Mrd. Franken angestiegen. Wie bereits im Vorjahr resultierte ein negatives Gesamtergebnis für die OKP. Mit 220 Mio. Franken fiel der Verlust für das Jahr 2002 deutlich geringer aus als 2001 (790 Mio. Franken). 48,5% der erwachsenen Versicherten ab 19 Jahren haben sich für eine wählbare Franchise entschieden.



Nicolas Siffert
Bereich Statistik 2, BSV

Die vom BSV herausgegebene Statistik über die Krankenversicherung gibt einen zahlenmässigen Überblick über die vom Bund anerkannten Krankenversicherer in der Schweiz. Sie basiert dabei auf Angaben, welche die Versicherer dem BSV, der Aufsichtsbehörde über die soziale Krankenversicherung in der Schweiz, liefern. Die hier ausgewiesenen Resultate für das Berichtsjahr 2002 beruhen auf dem Datenstand vom 18. August 2003. Die Auswertungen stützen sich auf die Angaben sämtlicher Versicherer ab; die Zahlen wurden einer Grobkontrolle unterzogen und bei Unstimmigkeiten zum Teil nach Rücksprache mit dem Versicherer korrigiert. Die definitiven Ergebnisse zum Berichtsjahr 2002 werden gegen Ende des laufenden Jahres publiziert.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

In der OKP waren 2002 insgesamt 93 Versicherer tätig, 6 weniger als im Vorjahr. Sie boten Versicherungsschutz für die insgesamt 7,35 Mio. in der OKP versicherten Personen.

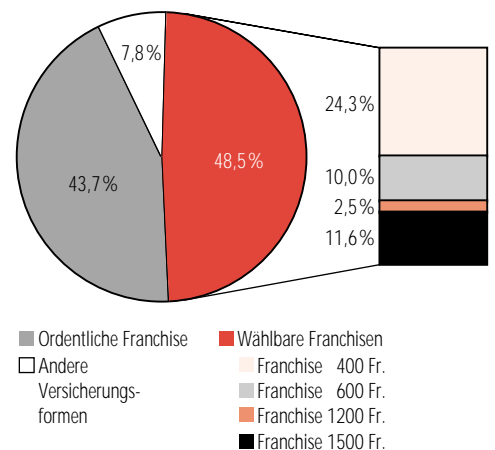
Von den 5,78 Mio. erwachsenen Versicherten ab 19 Jahren waren 43,7% mit ordentlicher Franchise versichert, 48,5% mit einer wählbaren Franchise; 7,7% haben sich für eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers entschieden und nur gerade 0,1% wählten eine Bonus-Versicherung. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil wählbarer Franchisen um 2,3% angestiegen, die ordentliche Franchise und die anderen Versiche-

rungsformen wurden gleichzeitig weniger häufig gewählt.

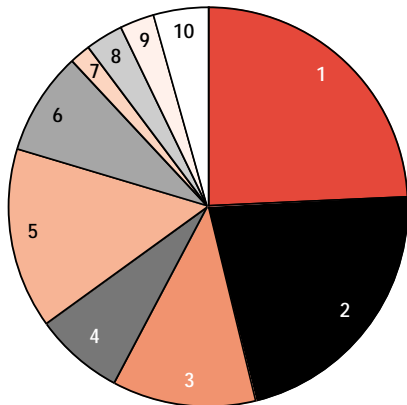
Bei den wählbaren Franchisen haben 24,3% der erwachsenen Versicherten ab 19 Jahren sich für eine Franchise von 400 Franken entschieden, 10% für eine solche von 600 Franken und 11,6% für eine Franchise von 1500 Franken. Am wenigsten Anklang fand die Franchise von 1200 Franken; nur gerade 2,5% der Versicherten wählten diese. Die Franchise von 1500 Franken hat an Attraktivität gewonnen und verzeichnet gegenüber dem Jahr 2001 eine Zunahme von 2,6%. **Grafik 1** zeigt diese Versichertenstruktur auf.

Grafik 2 illustriert die Gewichte der verschiedenen Kostengruppen in Mio. Franken und in Prozenten. Diese Aufteilung weicht nur wenig von jener des Vorjahres ab. Einzig die Kosten für in Apotheken abgegebene Medikamente haben um 1% zugenommen, während die Kosten für Spitalaufenthalte verglichen mit den anderen Kostengruppen um etwas mehr als 1% zurückgegangen sind. Insgesamt sind die Leistungen (inklusive Kostenbeteiligung der

Anteil der Versicherungsformen, erwachsene Versicherte ab 19 Jahre 2002 1

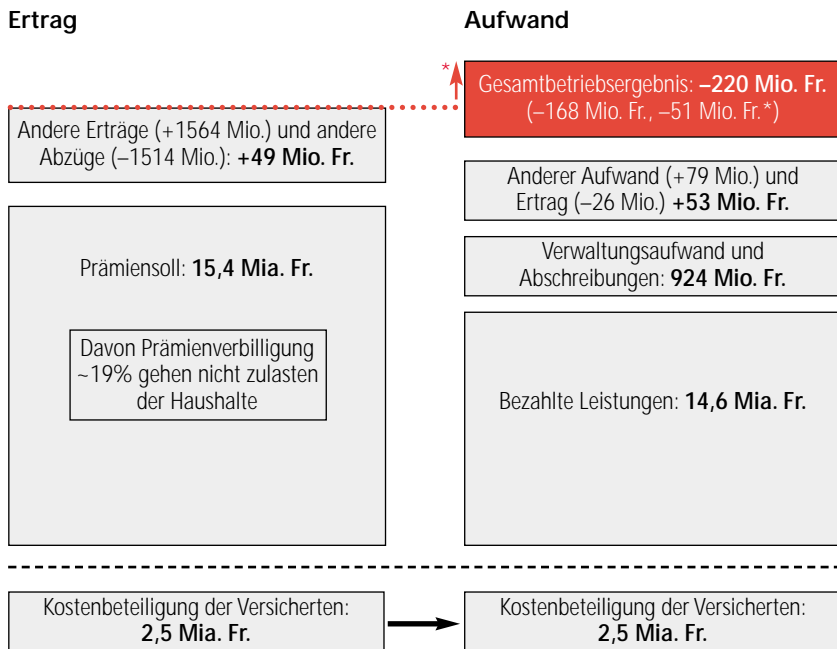


Leistungen (brutto) in Millionen Fr. nach Kostengruppen 2002



- 1 Arzt ambulant, 4112 Mio. Fr./24,0%
- 2 Spital stationär, 3787 Mio. Fr./22,1%
- 3 Spital ambulant, 1973 Mio. Fr./11,5%
- 4 Medikamente Arzt, 1262 Mio. Fr./7,4%
- 5 Medikamente Apotheke, 2526 Mio. Fr./14,8%
- 6 Pflegeheim, 1393 Mio. Fr./8,1%
- 7 Spitex, 290 Mio. Fr./1,7%
- 8 Physiotherapeut, 507 Mio. Fr./3%
- 9 Labor, 486 Mio. Fr./2,8%
- 10 Übrige, 772 Mio. Fr./4,5%

2 Betriebsrechnung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG insgesamt 2002



Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1996: wichtigste Indikatoren

Merkmale	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002 ¹	Veränderung	
								2001-2002 in %	Mittlere jährliche Veränderung 1996-2002 in %
- Anzahl Versicherer OKP	145	129	118	109	101	99	93	-6,06%	-7,13%
- Versichertenbestand per 31.12. in 1000	7195	7215	7249	7267	7268	7321	7359	0,52%	0,38%
- Anzahl Erkrankte in 1000	5600	5669	5769	5833	5947	6044	6171	2,10%	1,63%
- Anzahl Erkrankte je 100 Versicherte	77,8	78,6	79,6	80,3	81,8	82,6	83,8	1,51%	1,25%
- Anzahl Spitaleinweisungen in 1000	1117	1150	1155	1096	1098	1193	1207	1,17%	1,30%
- Anzahl Spitaltage in 1000	18813	18988	17067	12747	12447	12514	12391	-0,98%	-6,72%
- Prämiensoll in Mio. Fr.	11131	12041	12708	13034	13442	13997	15361	9,74%	5,52%
- Prämiensoll pro Versicherte(n) in Fr.	1547	1669	1753	1794	1849	1912	2087	9,17%	5,12%
- Leistungen ² in Mio. Fr.	12459	13138	14024	14621	15478	16386	17108	4,40%	5,43%
- Leistungen ² pro Versicherte(n) in Fr.	1732	1821	1935	2012	2130	2238	2325	3,87%	5,03%
- davon ambulante Leistungen in Fr.	1142	1211	1288	1352	1451	1545	1613	4,42%	5,93%
- davon stationäre Leistungen in Fr.	590	610	647	660	679	694	711	2,49%	3,17%
- Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	1679	1778	2097	2190	2288	2400	2503	4,28%	6,89%
- Kostenbeteiligung pro Versicherte(n) in Fr.	233	246	289	301	315	328	340	3,69%	6,48%
- Bezahlte Leistungen ³ in Mio. Fr.	10780	11360	11927	12431	13190	13986	14605	4,42%	5,19%
- Bezahlte Leistungen ³ pro Versicherte(n) in Fr.	1498	1575	1645	1711	1815	1910	1985	3,90%	4,79%
- Verwaltungsaufwand /Abschreibungen in Mio. Fr.	960	893	855	854	863	909	924	1,62%	-0,64%
- Gesamtbetriebsergebnis in Mio. Fr.	-320	70	0	-49	-306	-790	-220	72,19%	6,08%
- Rückstellungen: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	3455	3508	3694	3810	3956	3996	4014	0,44%	2,53%
- Reserven: Stand per 31.12. in Mio. Fr.	2856	2992	2986	3077	2832	2103	1970	-6,33%	-6,01%
- Reservequote ⁴ per 31.12. in %	25,7%	24,8%	23,5%	23,6%	21,1%	15,0%	12,8%	-14,52%	-10,92%

1 Datenstand: provisorisch, Stand KKDB am 18.8.03

2 Leistungen brutto = Leistungen inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten.

3 Leistungen netto = Leistungen der Versicherer abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten.

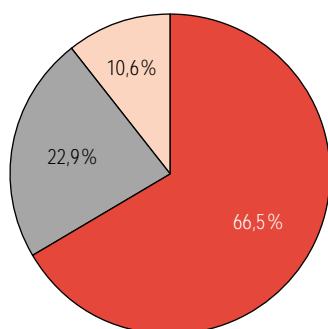
4 Reserven in Prozent des Prämiensolls.

Versicherten) zwischen 2001 und 2002 um 4,4 %, bzw. von 16,4 Mrd. auf 17,1 Mrd. Franken angestiegen.

Die provisorischen Zahlen zur Betriebsrechnung 2002 der OKP (vgl. **Grafik 3** und **Tabelle 4**) weisen ein Prämienvolumen von 15,4 Mrd. Franken und bezahlte Leistungen von 14,6 Mrd. Franken aus. Die Kostenbeteiligung der Versicherten betrug 2,5 Mrd. Franken. Im Vergleich zu 2001 lässt sich ein Anstieg des Prämienvolumens um 9,7 % und eine Zunahme der Leistungen um 4,4 % berechnen. Die Kostenbeteiligung ist um 4,3 % gestiegen.

Die Kostenbeteiligungen der Versicherten setzen sich zusammen aus Franchisen, Selbstbehalten sowie Beiträgen an die Kosten des Spitalaufenthalts; allerdings enthält die Statistik nur diejenigen Rechnungen, die dem Versicherer zugestellt worden sind. Direkt dem Leistungserbringer überwiesene Beträge, die nicht über den Versicherer laufen, können nicht erfasst werden. Da

Aufteilung der Versicherten ab 19 Jahren 5 nach Art der Spitalzusatzversicherungen in 2002 für die KVG-Versicherer mit einer Spitalzusatzversicherung



- Allgemeine Abteilung ganze CH
- Halbprivate Abteilung
- Private Abteilung

Wo kann man die Statistik beziehen?

Die definitiven Resultate für 2002 werden in der «Statistik über die Krankenversicherung 2002» publiziert, die Anfang 2004 erscheinen wird.

Eine vollständige elektronische Fassung im PDF-Format kann kostenlos heruntergeladen werden von der BSV-Homepage www.bsv.admin.ch, Rubrik Krankenversicherung/Statistiken (gegenwärtig sind die Jahre 1996 bis 2001 verfügbar).

Die (kostenpflichtige) Papierversion kann bestellt werden beim

BBL, Bundespublikationen

3003 Bern, Fax 031 325 50 58

Internet: www.bbl.admin.ch

E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch

(letzte verfügbare Version: 2001)

sich immer mehr Versicherte für eine höhere Franchise entscheiden und die Leistungen direkt und ohne Mitteilung an ihren Versicherer bezahlen, kann man davon ausgehen, dass immer höhere Beträge weder statistisch erfasst noch genauer beziffert werden können.

Die OKP wies 2001 ein deutlich negatives Gesamtergebnis von 790 Mio. Franken aus. Der Verlust für das Jahr 2002 fiel mit 220 Mio. Franken wesentlich kleiner aus.

Die geringen Erträge sind grösstenteils auf die Verluste von insgesamt 51 Mio. Franken auf den Kapitalanlagen zurückzuführen. Die Reserven verringerten sich dadurch von etwas mehr als 2,1 Mrd. Franken auf 1,9 Mrd. Franken, wodurch sich die Reservenquote (Reserven in Prozent des Prämienolls) auf 12,8 % reduzierte (2001: 15 %, 2000: 21,1 %).

Im Prämienoll ist der Anteil des Prämienverbilligungssystems (2,7 Mrd. Franken im Jahr 2001), welches das Haushaltsprämienvolumen um rund 19 % reduziert, nicht berücksichtigt.

6,1 Mio. Versicherte verursachten im Verlauf des Jahres 2002 Kosten für die OKP und wurden deshalb als «Erkrankte» erfasst; dies ergibt eine «Erkrankungsquote» von 83,8 %.

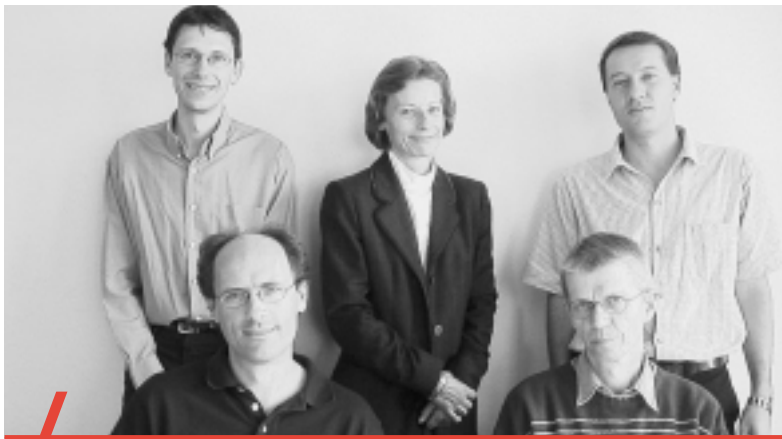
Grafik 5 zeigt nochmals die Aufteilung erwachsener Versicherter ab 19 Jahren auf, diesmal nach Spitalversicherungsmodell der KVG-Versicherer, die eine Spitalzusatzversicherung anbieten. Nur ein Drittel der 3,2 Mrd. Versicherten, die eine Spitalzusatzversicherung bei einem KVG-Versicherer abgeschlossen haben, profitieren auch von einem zusätzlichen Versicherungsschutz für die halbprivate oder private Abteilung.

In einem weiteren Beitrag in der «Sozialen Sicherheit» werden wir die Auswirkungen der Entwicklung der Franchisen und der damit verbundenen Prämienreduktionen seit 1996 analysieren.

Nicolas Siffert, lic. sc. oec., Kompetenzzentrum Grundlagen, Bereich Statistik 2, BSV, E-Mail: Nicolas.siffert@bsv.admin.ch

Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung

Immer wieder im Zentrum von Diskussionen steht die demografische Entwicklung und deren Einfluss auf die Gesundheitskosten im Allgemeinen und die Pflege im Speziellen. Es wird befürchtet, die demografische Alterung könnte zu einer verstärkten Nachfrage nach Pflegeleistungen führen und damit das Angebot derselben sowie die Finanzierungsträger – vorab die Sozialversicherungen sowie die betroffenen Haushalte – zusätzlich belasten. Wie stark werden die Pflegekosten in Zukunft steigen und wie gross ist der Einfluss der Demografie auf diese Entwicklung? Der vorliegende Kurzbericht¹ soll gewisse Grundlagen und Impulse für die Diskussion über die Auswirkungen der demografischen Entwicklung liefern.



Bruno Fuhrer, Olivier Brunner-Patthey, Anna Jost, Till Bandi, Peter Eberhard
Mitglieder des Netzwerkes Ökonomie des BSV

Ist-Zustand der Pflege

Die Gesamtkosten der Pflege² inkl. Infrastruktur betragen im Jahre 2000 (aktuellste verfügbare Daten) rund 6 Milliarden Franken (5,2 Mrd. in Pflegeheimen, 0,9 Mrd. für Spitex)³. Dies entspricht 1,5 % des BIP. Seit 1995 haben die Kosten um 24 % (=4,4 % pro Jahr) zugenommen. Diese Entwicklung liegt deutlich über derjenigen der volkswirtschaftlichen Indikatoren (Preise, Löhne, BIP) und auch über derjenigen der gesamten Gesundheitskosten.

Eine – teilweise auf Schätzungen beruhende – Analyse der Kosten des

Gesundheitswesens für den Pflegeheim- und Spitexsektor zeigt, dass beinahe die Hälfte der Pflegekosten durch die Sozialversicherungen finanziert wird, insbesondere durch die Krankenversicherung (KV), die Ergänzungsleistungen (EL) und die Hilflosenentschädigungen (HE) zur AHV. Die zukünftige Kostenentwicklung in der Pflege wird deshalb von grosser Bedeutung für die Sozialversicherungen sein. Ein weiterer grosser Teil der Kosten (42 %) wird durch die Haushalte selber finanziert (**Abbildung 1**).

Da über die Hälfte der Leistungen über Kopfprämien, Lohnbeiträge

oder Steuern finanziert wird, bestehen Umverteilungselemente zu Gunsten der Pflegebedürftigen. Bezüglich Finanzierung besteht der Hauptunterschied zwischen Pflegeheimen und Spitex in der unterschiedlichen Beteiligung der Haushalte an den Kosten (**Tabelle 2**): die Haushalte tragen rund die Hälfte der Pflegeheimkosten und nur einen Bruchteil (6 %) der Spitex-Kosten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei den Pflegeheimen im Gegensatz zur Spitex Aufenthaltskosten anfallen, die grösstenteils durch die Haushalte selber finanziert werden.

Volkswirtschaftlich relevant ist auch die unentgeltliche Hilfe für Pflegebedürftige; ihr Umfang wird auf 1,2 Mrd. Franken geschätzt.

Schätzung der langfristigen Entwicklung der Kosten

Die demografische Alterung⁴ wird allgemein als ein zentraler Bestimmungsfaktor der Kostenentwicklung angesehen. In erster Linie interessiert uns deshalb die Frage, welchen Einfluss dieser Faktor auf die Entwicklung der Pflegekosten hat. Daneben gibt es noch andere, nicht-demografiebedingte Einflussfaktoren wie die Zunahme des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit, der me-

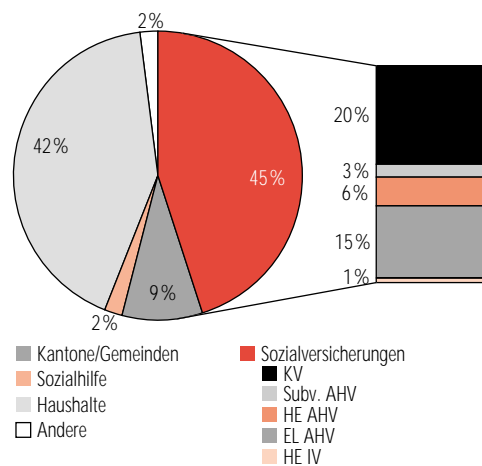
1 Der vollständige Bericht ist auf der Website des BSV als PDF-Datei zugänglich (www.bsv.admin.ch/forschung/publikationen/d/index.htm); eine schriftliche Publikation des vollständigen Berichtes ist für Ende 2003 geplant.

2 Unter Pflege wird hier die Alters- und Krankenpflege verstanden, die in Institutionen für Betagte und Chronischkranke und zu Hause (Spitex-Dienste) erfolgt. Ausgeschlossen sind die Akutpflege in den Spitalern sowie die Pflege von Behinderten in Institutionen.

3 Bundesamt für Statistik BFS, Kosten des Gesundheitswesens, Neuenburg 2002.

4 Darunter wird hier die Änderung der Bevölkerungsstruktur mit einem zunehmenden Anteil an älteren Bevölkerungsgruppen sowie die zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung verstanden.

Finanzierung der Pflege im Jahr 2000 (Ist-Zustand) 1



Finanzierung der Pflege im Jahr 2000 (Ist-Zustand) 2

Finanzierungsträger	Pflegeheime		Pflege zu Hause		Total	
	Mio CHF	in %	Mio CHF	in %	Mio CHF	in %
Krankenversicherung (netto)	1 033,2	19,9	215,2	24,2	1 248,4	20,5
AHV: direkte Subventionen	0,0	0,0	157,2	17,7	157,2	2,6
Hilflosenentschädigung AHV	284,6	5,5	71,1	8,0	355,7	5,8
Ergänzungsleistungen zur AHV	895,3	17,2	0,0	0,0	895,3	14,7
Hilflosenentschädigung IV	0,0	0,0	32,0	3,6	32,0	0,5
Unfallversicherung	0,0	0,0	10,5	1,2	10,5	0,2
Militärversicherung	1,7	0,0	0,2	0,0	1,9	0,0
Privatversicherung	0,0	0,0	2,3	0,3	2,3	0,0
Andere private Finanzierung	65,1	1,3	45,1	5,1	110,2	1,8
Kantone/Gemeinden	253,5	4,9	299,7	33,7	553,2	9,1
Sozialhilfe	116,3	2,2	3,8	0,4	120,1	2,0
Haushalte (inkl. Kostenbeteiligung KV)	2 545,1	49,0	52,2	5,9	2 597,3	42,7
Total	5 194,8	100,0	889,3	100,0	6 084,1	100,0
Schätzung unentgeltliche Hilfe					1 223,0	

dizinische Fortschritt, das Angebot an Leistungen oder das Ausmass der unentgeltlichen Pflegeleistungen (z.B. in der Familie oder der Nachbarschaft). Aus diesem Grund wurde auch eine Schätzung für die nicht-demografiebedingten Faktoren (mittels Trendfortschreibung der Entwicklung 1995–2000) erstellt.

Demografiebedingte Entwicklung bis 2020 und 2040

Die Modellrechnung ergibt, dass allein durch die demografiebedingte Entwicklung die Kosten für die Pflege bis zum Jahr 2020 um 31 % und bis 2040 um 77 % zunehmen werden (Tabelle 3). Dies entspricht einer realen jährlichen Zunahme von 1,4 %. Diese Schätzung der demografiebedingten Entwicklung geht von konstanten Pro-Kopf-Kosten pro Altersgruppe aus. Durch die Zunahme der Anzahl Personen in den höheren Altersgruppen steigen die Gesamtkosten für die Pflege. In dieser statischen Schätzung wurde nicht berücksichtigt, dass sich die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftig-

keit ändern kann, beispielsweise dass bei zunehmender Lebenserwartung die gesunden Jahre zunehmen und ältere Menschen deshalb später hilf- und pflegebedürftig werden. Eine kürzlich publizierte Studie⁵ kommt zum Schluss, aufgrund der Hypothese einer Verlängerung der gesunden Jahre sei eine Zunahme der Pflegebedürftigen von «nur» 20 % bis zum Jahr 2020 realistisch. Unter Berücksichtigung dieser Hypothese könnte die demografiebedingte Kostenentwicklung geringer sein als in unserer Modellrechnung geschätzt. Allerdings sind die konkreten Auswirkungen auf die Kosten nicht bezifferbar, da die erwähnte Studie keine Aussagen über die Entwicklung der Kosten pro Pflegebedürftigen enthält. Eine Verlängerung der Lebensjahre ohne Pflegebedürftigkeit bedingt auch Massnahmen in der Prävention und im ambulanten Bereich, welche ebenfalls zu Kosten führen werden.

Trendfortschreibung für die nicht-demografiebedingte Entwicklung bis 2020

Schaut man in die Vergangenheit (1995–2000) und zerlegt die bisherige

Entwicklung in einen demografischen und nichtdemografischen (in der Folge «andere Faktoren» genannt) Teil, kann festgestellt werden, dass die demografische Entwicklung weniger als die Hälfte der Kostenentwicklung erklären kann. Die übrige Entwicklung ist auf Veränderungen der Pflegebedürftigkeit, den medizinischen Fortschritt, auf Lohn-/Preisänderungen und auf andere, noch unbekannte Faktoren zurückzuführen. Geht man von der Hypothese aus, die Entwicklung im Pflegesektor verlaufe in Zukunft gleich wie in den vergangenen Jahren, kann der Trend der Jahre 1995–2000 für das Wachstum der anderen Faktoren fortgeschrieben werden.

Geschätzte Kostenentwicklung aufgrund demografischer Entwicklung 3

Jahr	In Mrd. Fr. (zu heutigen Preisen)	Zunahme gegenüber 2000 in Mrd. Fr.	Veränderung gegenüber 2000 in Prozenten	Durchschnittliche Zunahme pro Jahr in Prozenten
2000	6,1	–	–	–
2020	8,0	1,9	31 %	1,37 %
2040	10,7	4,7	77 %	1,43 %

5 Höpflinger F., Hugentobler V., Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Bern 2003.

Schätzung der Entwicklung der gesamten Pflegekosten bis 2020

4

	Kostenentwicklung auf Basis Demografie	Kostenentwicklung auf Basis d. and. Faktoren	Kostenentwicklung insgesamt (Demografie u.a. Faktoren)
Jahr 2000 (Ist-Zustand) in Mrd. Fr.	–	–	6,1
Zuwachs bis 2020 in Mrd. Fr.	1,9	3,1	5,0
Veränderung bis 2020 in Prozenten	31%	52%	83%
Jahr 2020 in Mrd. Fr.	–	–	11,1

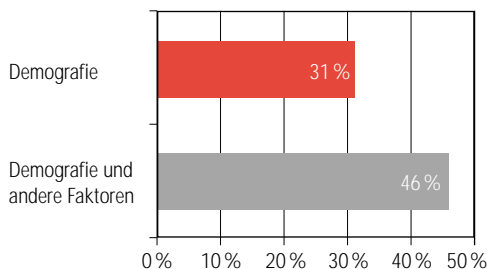
Geschätzte Kostenentwicklung insgesamt bis 2020 in MWST-Prozent

5

Jahr	2000	2020	Zunahme 2000–2020	Veränderung 2000–2020
Demografische Entwicklung	2,2	2,9	0,7	31 %
Gesamtentwicklung	2,2	3,2	1,0	46 %

Geschätzte prozentuale Kostenzunahme bis 2020 unter Berücksichtigung des Wirtschaftswachstums (via Entwicklung Mehrwertsteuersubstrat)

6



Daraus ergibt sich eine zusätzliche Zunahme der Pflegekosten bis ins Jahr 2020 von 52 % (Tabelle 4). Dieses Ergebnis steht jedoch unter gewissen Vorbehalten. So beruht die Kostenschätzung mittels Trendfortschreibung auf einer relativ kurzen Zeitreihe von sechs Jahren. Zudem vermag die Trendfortschreibung zukünftige gesundheitspolitische, gesellschaftliche oder medizinische Entwicklungen nicht zu antizipieren. Das Modell zeigt aber deutlich, dass neben der Demografie noch weitere Faktoren die Kostenentwicklung massgeblich beeinflussen.

Gesamtergebnisse für die Kostenentwicklung bis 2020

Wird der Trend der anderen Faktoren zur demografiebedingten Entwicklung addiert, ergibt sich in unserem Modell bis zum Jahre 2020 eine reale Zunahme der Pflegekosten von 83 % (Tabelle 4). Diese Zunahme entspricht einem jährlichen Wachstum von rund 3 %, was deutlich über der demografiebedingten Zunahme liegt. Die beiden Zuwachsraten können jedoch nur bedingt miteinander verglichen werden: während das Modell der Trendfortschreibung implizit ein Wirtschaftswachstum beinhaltet, ist dies im Demografiemodell nicht der Fall.

Schätzung des finanziellen Mehrbedarfs bis 2020 in MWST-Prozent

Geht es um das Aufzeigen von finanziellen Perspektiven der Sozialversicherungen, wird häufig auf Mehrwertsteuer(MWST)-Prozente abgestellt. Damit kann gleichzeitig auch der Einfluss des Wirtschaftswachstums auf die Einnahmen berücksichtigt werden.

Die Gesamtkosten für Pflegeheime und Spitex von rund 6 Mrd. Franken entsprechen im Jahr 2000 etwa 2,2 MWST-Prozent⁶. Für die rein demografisch bedingten Mehrkosten bis ins Jahr 2020 sind 0,7 MWST-Prozente zusätzlich nötig (siehe Tabelle 5). Damit wären folglich im Jahr 2020 2,9 MWST-Prozente zur Finanzierung notwendig. Unter Berücksichtigung der anderen, nichtdemografischen Faktoren entsprechen im Jahr 2020 die geschätzten gesamten Pflegekosten etwa 3,2 MWST-Prozent. Das bedeutet, dass gegenüber dem Jahr 2000 ein zusätzliches MWST-Prozent notwendig wäre.

Prozentual gesehen steigt der Bedarf insgesamt in MWST-Prozent um rund 46 % (Tabelle 5, Abbildung 6), also deutlich weniger als bei den geschätzten Pflegekosten bis 2020 (Tabelle 4). Grund dafür ist, dass im MWST-Substrat des Jahres 2020 implizit ein mittleres jährliches Wirtschaftswachstum von 1,1 % unterstellt ist, welches einen Teil der Kostenentwicklung decken würde.

Zukünftiger Pflegebedarf und mögliche Konsequenzen

Die Entwicklung der Pflege betrifft nicht nur die Kosten, sondern hat insbesondere auch einen Einfluss auf die Anzahl der pflegerisch tätigen Beschäftigten. Aufgrund der Ergebnisse des Modells «demografiebedingte Entwicklung» würde die Zahl der benötigten Vollzeitstellen in der Spitex schätzungsweise bis 2020 um fast 50 % und bis 2040 um fast 80 % steigen. In den Pflegeheimen dürfte die Entwicklung bezüglich Anzahl Vollzeitstellen nicht wesentlich anders verlaufen (schätzungsweise +32 % bis 2020 und +80 % bis 2040). Insge-

⁶ Basis für die MWST-Prozent-Berechnungen ist der «Bericht über eine aktualisierte Gesamtschau des finanziellen Mehrbedarfs der Sozialversicherungen bis zum Jahr 2025» des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 17. Mai 2002 (www.bsv.admin.ch/sv/projekte/d/d_gesamtschau_020517.pdf).

Das Netzwerk Ökonomie

Das im Jahre 2002 gegründete Netzwerk Ökonomie ist eine interne Arbeitsgruppe des Bundesamtes für Sozialversicherung, geleitet von der Fachstelle Ökonomie des Kompetenzzentrums Grundlagen. Jedes Geschäftsfeld sowie das Kompetenzzentrum sind darin vertreten, wobei jedes Mitglied des Netzwerkes seine bisherigen Aufgaben in seiner Einheit beibehält. Das Netzwerk Ökonomie behandelt Mandate, die ihm von der Geschäftsleitung des BSV anvertraut werden.

Die Aufgabe des Netzwerkes besteht darin, gemeinsam die ökonomische Reflexion über die Entwicklung der Sozialen Sicherheit zu fördern, und zwar indem jedes Mitglied seine spezifischen Kenntnisse eines Sozialversicherungszweiges einbringt.

Das Netzwerk verfolgt drei Ziele: (1) Förderung der ökonomischen Reflexion betreffend die Soziale Sicherheit, (2) Evaluierung der ökonomischen und sozialen Konsequenzen von Gesetzesrevisionen und (3) Prüfung von ökonomischen Szenarien und deren Auswirkungen auf die Sozialversicherungen.

samt würde dies bis 2020 rund 15 000 Vollzeitstellen entsprechen, was nicht ohne Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt (Rekrutierung, Löhne) und allenfalls auch auf die Qualität (mangelndes qualifiziertes Personal) sein dürfte.

Internationaler Vergleich

Auch auf internationaler Ebene ist die Langzeitpflege und deren Finanzierung ein Thema. Studien der EU und der OECD, welche den Demografieeffekt auf die Pflege untersuchten, zeigen bei der Finanzierung der Pflege in allen Ländern eine zunehmende Belastung der öffentlichen Hand. Die geschätzte Entwick-

lung verläuft jedoch in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich: Die Zunahme variiert für 2020 zwischen 10 und 40 % und für 2040 zwischen 35 und 100 %. Diese Zahlen können jedoch nicht direkt mit unseren Schätzungen für die Schweiz verglichen werden, da nur die Belastung der öffentlichen Hand untersucht wurde und nicht die Entwicklung der Gesamtkosten. Trotzdem geben sie einen Hinweis darauf, dass in allen Ländern Europas mit einer deutlichen Zunahme der Pflegekosten gerechnet wird.

Schlussfolgerungen

Alle Schätzungen weisen auf eine deutliche Zunahme der Kosten bei der Pflege hin. Obwohl die vorliegende Schätzung statischer Natur ist und deshalb mögliche Veränderungen im Bereich der Pflegebedürftigkeit oder des medizinischen Fortschritts nicht berücksichtigen kann, wird aufgrund der Grössenordnungen der Schätzungen deutlich, dass die Demografie ein wichtiger Bestimmungsfaktor der zukünftigen Kostenentwicklung im Pflegebereich ist, insbesondere bei der Alterspflege. Zudem hat der Blick in die Vergangenheit gezeigt, dass andere Einflussfaktoren für die Bestimmung der Entwicklungsdynamik – auch wenn sie im Moment zahlenmässig nicht genau fassbar sind – von bestimmender Bedeutung sind. Da diese anderen Faktoren bei der Kostenentwicklung eine starke Rolle spielen, wäre die Kostenentwicklung insgesamt auch dann noch erheblich, wenn die Anzahl Pflegebedürftige weniger stark anstiege als in unserem Modell, also wenn die steigende Lebenserwartung mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit einherginge.

Der zu erwartende zusätzliche Pflegebedarf ist in irgendeiner Form zu finanzieren. Offen bleibt aber, über welche Quelle (Sozialversicherungen, Steuern, Haushalte u.a.);

dafür braucht es Diskussionen und Anstrengungen auf politischer Ebene, wobei gleichzeitig auch über grundsätzliche Fragen – wie etwa die Stellung von älteren Menschen in unserer Gesellschaft – zu diskutieren ist.

Bruno Fuhrer, lic. rer. pol., Ressort Tarife und Leistungserbringer, Geschäftsfeld Krankheit und Unfall, BSV;
E-Mail: bruno.fuhrer@bsv.admin.ch
Olivier Brunner-Patthey, lic. ès sc. écon, Leiter Fachstelle Ökonomie, Kompetenzzentrum Grundlagen BSV;
E-Mail: olivier.brunner@bsv.admin.ch
Anna Jost, dipl. math. ETHZ, Bereich Mathematik, Kompetenzzentrum Grundlagen BSV; E-Mail: anna.jost@bsv.admin.ch
Till Bandi, Dr. oec. HSG, Leiter Bereich Statistik 2, Kompetenzzentrum Grundlagen BSV; till.band@bsv.admin.ch
Peter Eberhard, lic. rer. pol., Stab Kompetenzzentrum Grundlagen BSV;
E-Mail: peter.eberhard@bsv.admin.ch

Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

Bereits in die laufende zweite KVG-Teilrevision hat die Debatte um die Finanzierung der Pflege Eingang gefunden. Die Räte sind sich im Grundsatz einig, dass Handlungsbedarf besteht, jedoch ist auch klar, dass vorläufig die bisherige Regelung im KVG beibehalten werden soll. Der Ständerat hat seine Kommission nun beauftragt, die mit der Pflegefinanzierung zusammenhängenden Fragen noch im Rahmen der zweiten KVG-Revision zu klären.

Konsens herrscht auch darüber, dass eine zukünftige Lösung nicht losgelöst von den anderen Sozialversicherungen und Finanzierungsträgern gefunden werden kann. Eine neue Lösung bedingt eine Koordination zwischen allen betroffenen Sozialversicherungen sowie Kantonen und Gemeinden und gleichzeitig eine Klärung der jeweiligen Aufgaben. Eine koordinierte Lösung soll im Rahmen der 3. KVG-Teilrevision diskutiert und gefunden werden.

Analysentarif und Laborgemeinschaften

Seit dem In-Kraft-Treten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) herrschen unterschiedliche Auffassungen darüber, zu welchem Tarif die Krankenversicherer Analysen zu vergüten haben. Zudem hat der Zusammenschluss zahlreicher praktizierender Ärzte zu «Laborgemeinschaften» bei den Versicherern als auch beim Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) Zweifel an der Gesetzmässigkeit solcher Gebilde hervorgerufen. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat am 6. Juni 2003 beschlossen, per 1. Januar 2004 das ärztliche Praxislabor näher zu definieren und die Rechnungstellung im Analysenbereich speziell zu regeln.¹ Im Folgenden werden die für Laborgemeinschaften geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen erläutert.

Helena Kottmann

Stab Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung, BSV

1. Tarif

Grundsätzlich sind die in der Analysenliste (AL = Anhang 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]) aufgeführten Analysen von den Krankenversicherern entsprechend dem Tarif der Analysenliste zu vergüten. Es handelt sich dabei um eine abschliessende Aufzählung der im Rahmen der sozialen Krankenversicherung vergütbaren Laborleistungen oder Laboranalysen, deren Vergütung auf der Basis einer einheitlichen Tarifstruktur festgelegt wurde (fixierte Taxpunktzahl und -wert). Lediglich für eine kleine Anzahl² Analysen können Versicherer und praktizierende Ärzte einen von der AL abweichenden Tarif festlegen. Für diese kann auf der Basis der AL-Tarifstruktur der Taxpunktwert (nicht aber die Taxpunktzahl) zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart werden. Trotz der Vereinbarung eines (höheren) Taxpunktwertes können in diesen Fällen bezüglich der Gesamtkosten Einsparun-

gen erzielt werden: das Ergebnis der im praxiseigenen Labor vorgenommenen Analyse kann noch in derselben Konsultation erhältlich gemacht werden, wodurch weitere Konsultationen vermieden werden können³.

Vor dem In-Kraft-Treten des KVG wurde die Vergütung der Analysen für das ärztliche Praxislabor durch kantonale Verträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern geregelt. Diese waren bis Ende 1997 an die KVG-Bestimmungen anzupassen⁴. Ab dem 1. Januar 1998 hatten sich daher allfällige vertragliche Tarifregelungen auf das Analysenspektrum der in der Teilliste 1 aufgeführten Analysenpositionen und bezüglich des Tarifs auf die Vereinbarung des Taxpunktwertes zu beschränken. Wurden keine entsprechenden Vereinbarungen getroffen, gilt seit 1998 der offizielle AL-Tarif, welcher für diesen Fall analog den anderen Tarifpositionen einen Taxpunktwert von Fr. 1.– vorsieht⁵. Versicherer und Leistungserbringer haben diese Bestimmungen sehr unterschiedlich vollzogen: in

den Kantonen AG, BE, BS, NE, NW, OW, SO und ZH wird der offizielle AL-Tarif angewendet. In den Kantonen BL, FR, GL, GR, SG, SH, TG, TI, VD und VS stützt man sich auf einen eigenen – in der Regel vor dem In-Kraft-Treten des KVG vereinbarten und damit altrechtlichen – kantonalen Tarif. In den übrigen Kantonen werden Mischsysteme⁶ angewendet. Im Hinblick auf das In-Kraft-Treten des Einzelleistungstarifs TARMED wurde seinerzeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern gesetzwidrig die Umsetzung der Analysenliste von Leistungserbringern und Versicherern nach Ablauf der gesetzlichen Übergangsfrist auf den Zeitpunkt des In-

1 Die entsprechende Verordnungsänderung wurde im Bundesblatt noch nicht publiziert, vgl. aber die Pressemitteilung des BSV vom 6. Juni 2003 inkl. Text der KVV-Änderung unter www.bsv.admin.ch, Aktuell/Medienmitteilungen.

2 Für 24 Analysen der Grundversorgung kann ein abweichender Tarif vereinbart werden, sofern sie für den Eigenbedarf im eigenen Praxislabor durchgeführt werden (vgl. Anhang A Teilliste 1 zur AL).

3 Können und werden die für eine Diagnose notwendigen Parameter einer Analyse im praxiseigenen Labor bestimmt, können in 60 % der Fälle Zweitkonsultationen verhindert und Verzögerungen bei der Behandlung/Betreuung der Patienten vermieden werden (vgl. Schweizerische Praxislaborstudie 1998–2000, Beeler, Scucs, Gutzwiller).

4 Art. 104 KVG i.V.m. Art. 8 Abs. 1 Vo über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung.

5 Vgl. dazu den Entscheid des Bundesrates vom 13.3.2000 i.S. Verlängerung des Tarif- und Kollektivvertrages zwischen der Öffentlichen Krankenkasse Basel und dem Kantonalverband Baselstädtische Krankenkassen einerseits und der Medizinischen Gesellschaft Basel andererseits (Regierungsratsbeschluss vom 22. Dezember 1998[52/67]).

6 AI, AR, LU, SZ, UR, ZG wenden dort den AL-Tarif an, wo eine entsprechende Analysenposition im kantonalen Tarif fehlt; im Kanton GE wenden nur jene Ärzte den offiziellen Tarif an, die Kunden eines bestimmten Privatlabors sind, alle anderen Ärzte verrechnen den kantonalen Tarif; im Kanton JU können die Ärzte zwischen dem kantonalen Tarif und dem AL-Tarif wählen (Ärzte mit langer Praxistätigkeit wenden tendenziell den kantonalen Tarif an, jüngere Ärzte eher den AL-Tarif).

Kraft-Tretens von TARMED vereinbart⁷.

2. Laborgemeinschaften

Mit der Gründung von Laborgemeinschaften wird die (teilweise) Auslagerung des Praxislabors bezweckt. Eine aus praktizierenden Ärzten zusammengesetzte Laborgemeinschaft führt für sämtliche Mitglieder die von diesen angeordneten Analysen der Grundversorgung ganz oder teilweise durch (Beauftragung eines Privatlabors). In einer anderen Ausprägung beschränkt sich die Laborgemeinschaft auf die blossе Vermittlung und den Transport der Analyseproben ihrer Mitglieder an ein unabhängiges Privatlabor. Die von der Laborgemeinschaft oder einem Dritten vorgenommenen Analysen werden dem Versicherten/Versicherer (Kostenträger) entweder von der Laborgemeinschaft selbst oder vom praktizierenden Arzt, der die Laborgemeinschaft mit der Durchführung

der Analysen beauftragt hat, in Rechnung gestellt⁸.

Als Folge des wesentlich grösseren Analysevolumens, der Beschränkung auf das relativ enge Analysenspektrum und allenfalls der Ausstellung von Sammelanstelle von Einzelfallrechnungen an ihre Mitglieder können die entsprechenden Analysen der Grundversorgung für die Mitglieder der Laborgemeinschaft wesentlich kostengünstiger als im einzelnen Praxislabor durchgeführt werden, indessen werden sie dem mit dem Praxislabor verbundenen Zweck der unmittelbaren Verfügbarkeit der Analysen in ein und derselben Konsultation nicht mehr gerecht.

Um die Frage beantworten zu können, ob und gegebenenfalls welche Formen von Laborgemeinschaften mit den Bestimmungen des KVG vereinbar sind, werden nachstehend die Rahmenbedingungen dargestellt, die erfüllt sein müssen, damit Analysen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung überhaupt zu vergüten sind.

2.1. Rahmenbedingungen für die Vergütung von Analysen

Die in der AL aufgeführten Analysen sind nur unter den nachfolgend aufgeführten kumulativ erfüllten Voraussetzungen vergütungspflichtig. Fehlen eine oder mehrere der nachfolgenden Bedingungen, stellt sich neben der Frage der Vergütung auch die Frage, ob allenfalls weitere Vorschriften gesundheitspolizeilicher oder strafrechtlicher Art verletzt sind.

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung

Die soziale Krankenversicherung bezweckt, die qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Wohnbevölkerung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen⁹. Nebst den Kriterien der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit müssen Ärzte sich bezüglich der Wirtschaft-

lichkeit ihrer Leistungen auf das im Interesse des Versicherten liegende und mit Blick auf das Behandlungsziel erforderliche Mass beschränken (Art. 32 i.V.m. Art. 56 Abs. 1 KVG). Davon werden beispielsweise Massnahmen erfasst, die gemessen an der medizinischen Indikation zu häufig erbracht werden oder in diagnostischer Hinsicht unangemessen erscheinen¹⁰; interessieren für die Diagnose im Einzelfall beispielsweise lediglich 2 oder 3 Analyseergebnisse eines Analysenblocks, so ist dessen Vornahme und Verrechnung¹¹ zu Lasten der sozialen Krankenversicherung weder zweckmässig noch wirtschaftlich.

Entsprechende Analysen dürfen nicht der sozialen Krankenversicherung belastet werden, sondern sind gegebenenfalls vom Patienten selbst zu finanzieren. Dies setzt voraus, dass der behandelnde Arzt seiner auftragsrechtlichen Aufklärungspflicht¹² bezüglich der Leistungen, die von den Krankenversicherern im Rahmen der sozialen Krankenversicherung nicht vergütet werden, nachgekommen ist und der Patient – im Wissen um die fehlende Deckung durch die soziale Krankenversicherung – mit der Durchführung der entsprechenden Analysen auf eigene Kosten einverstanden war. Andernfalls hat der Leistungserbringer die entsprechenden Mehrkosten beziehungsweise die Ausfälle selbst zu tragen. Für den Fall, dass dem Leistungserbringer die entsprechenden Kosten bereits vergütet worden sind, sieht das Krankenversicherungsrecht ein Rückforderungsrecht des Kostenträgers vor (Art. 56 Abs. 2 KVG).

Zugelassener Leistungserbringer

Gegenüber der sozialen Krankenversicherung zugelassen werden können Praxis-, Spital- und Privatlaboratorien sowie die Offizin eines Apothekers. Alle bedürfen einer (gesundheitspolizeilichen) Zulassung nach kantonalem Recht, der zweckentsprechenden Einrichtung,

7 Da sich das In-Kraft-Treten von TARMED in der Vergangenheit wiederholt verzögert hat, hat das BSV zu Beginn dieses Jahres die Krankenversicherer nun im Rahmen einer Weisung angewiesen, Analysen umgehend und ausschliesslich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, d.h. entsprechend dem AL-Tarif abzurechnen und zu vergüten, soweit keine gültigen Verträge betreffend die Analysenpositionen der Teilliste 1 bestehen.

8 Zum angewandten Tarif vgl. die Ausführungen unter Ziffer 1, zur Rechnungsstellung im Besonderen vgl. Ziffer 2.1/Zugelassener Leistungserbringer.

9 Vgl. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, S. 96, sowie Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht, Forschungsbericht Nr. 16/01, S. 73.

10 Vgl. dazu hinten die Ausführungen unter Ziffer 4 zu den Laborgemeinschaften. Vgl. auch Maurer S. 96 f., wonach das im Interesse des Versicherten und für den Behandlungszweck erforderliche Mass Qualität und Quantität einer medizinischen Leistung umfasst.

11 Bei Blockanalysen werden maximal 10 Analysen vergütet, wobei auf der Basis des AL-Tarifs die teuerste Analyse zu 100 %, die zweit- und drittteuerste Analyse zu je 50 %, die drei nächstteuersten zu je 20 % und die verbleibenden vier nächstteuersten Analysen zu je 10 % des AL-Tarifs vergütet werden (vgl. dazu Ziff. 1.7.9 der Bemerkungen zur AL).

12 Vgl. Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996, S. 82.

des geeigneten Fachpersonals und sie müssen Qualitätssicherungsmaßnahmen vorsehen (Art. 53 KVV). Führen sie Untersuchungen zur Erkennung übertragbarer Krankheiten durch, bedürfen sie darüber hinaus der Anerkennung des Bundesamtes für Gesundheit. Aus- und weiterbildungsspezifische Anforderungen für die leitenden Personen gelten insbesondere bei Privatlaboratorien und teilweise bei Spitallaboratorien (Art. 54 Abs. 2 + 3 KVV; Art. 42 + 43 KLV).

Das vergütungspflichtige Analysenspektrum ist vom jeweiligen Labortyp abhängig:

- Die Durchführung von Analysen im **Praxislabor** bezweckt, die für die (auch notfallmässige) ärztliche Grundversorgung nötigen Analyseergebnisse innerhalb der gleichen Konsultation erhältlich zu machen (Präsenzdiagnostik)¹³. Entsprechend werden auch nur die für den Eigenbedarf der Praxis benötigten Analysen vergütet. Die vergütungspflichtigen Analysen der Grundversorgung sind im Anhang A (Teillisten 1+2) zur AL abschliessend aufgeführt.
- Im **Spitallabor**¹⁴ kann theoretisch das gesamte Analysenspektrum der AL durchgeführt und vergütet werden, vorausgesetzt, die Laborleitung verfügt über die dafür notwendige Aus- und Weiterbildung. Bezüglich des einzelnen Spitallabors beschränkt sich jedoch das vom Versicherer zu vergütende Analysenspektrum auf jene Analysen, für deren Durchführung der Laborleiter entsprechend seinem FAMH-Titel ausgebildet ist¹⁵. Führt das Spitallabor mit erweitertem (d.h. über die Grundversorgung hinaus gehendem) Analysenspektrum nur für den Eigenbedarf Analysen durch, muss die Laborleitung mindestens über eine vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) anerkannte geeignete höhere Fachausbildung¹⁶ verfügen. Werden entsprechende Analysen auch für

Dritte durchgeführt, bedarf es für die Laborleitung eines Arztes, eines Apothekers oder einer Person mit einer vom EDI anerkannten Hochschulausbildung¹⁷. Werden im Spitallabor nur Analysen der Grundversorgung (für den Eigenbedarf oder für Dritte) durchgeführt, werden keine besonderen Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der Laborleitung gestellt¹⁸.

- **Offizina eines Apothekers und Privatlaboratorien** sind ausschliesslich im Auftrag von Dritten tätig. Bei beiden werden sämtliche in der AL aufgeführten Analysepositionen vergütet.

Rechnungstellung

Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung dürfen dem Patienten nur vom tatsächlichen Leistungserbringer in Rechnung gestellt werden (Art. 42 Abs. 3 KVG¹⁹). Nicht zur direkten Rechnungstellung an den Kostenträger berechtigt sind deshalb jene Personen und Unternehmen, die nicht als Leistungserbringer im Sinn der Artikel 35–40 KVG gelten, deren Leistungen oder Produkte selbst aber im Rahmen der sozialen Krankenversicherung zu vergüten sind²⁰. Im Analysenbereich ist der Kreis derjenigen, die Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung erbringen beziehungsweise abrechnen dürfen, abschliessend geregelt (vgl. vorne Ziff. 2.1/ Zugelassener Leistungserbringer). Vergütungspflichtige Analysen dürfen demnach nur von einem anerkannten Leistungserbringer im Sinn der Artikel 53 und 54 KVV erbracht werden und sind dem Kostenträger immer direkt in Rechnung zu stellen. Nur die im eigenen Praxislabor durchgeführten Analysen sind nach dem Gesagten vom behandelnden Arzt, alle anderen Analysen vom jeweiligen beauftragten Dritten in Rechnung zu stellen. Analysen, die von einem nicht als Leistungserbringer zugelassenen Dritten vorgenommen werden, sind – selbst wenn sie

den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechend – im Rahmen der sozialen Krankenversicherung nicht zu vergüten²¹.

Die Bestimmungen über die Rechnungstellung bezwecken den transparenten Nachweis über die vom Leistungserbringer und allfällig beigezogenen Dritten erbrachten Leistungen und damit die möglichst kostengünstige Versorgung der Versicherten²². Nichts anderes ergibt sich aus der Pflicht des Leistungserbringers, erhaltene Vergünstigungen an den Kostenträger weiterzugeben (vgl. nachfolgenden Ab-

13 Das Praxislabor stellt im europäischen Vergleich eine schweizerische Besonderheit dar, dessen weiterer Nutzen in der beträchtlichen Reduktion von Zweitkonsultationen beziehungsweise den administrativen Umtrieben liegt (vgl. Schweizerische Praxislaborstudie 1998–2000).

14 Im Rahmen des Qualitätssicherungskonzepts QUALAB der Schweizerischen Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor (www.famh.ch/QUALAB.htm) haben die Vertragspartner (Leistungserbringer: H+ Die Spitäler der Schweiz – Schweizerischer Apothekerverband [SAV] – Schweizerischer Verband der Leiter medizinisch-analytischer Laboratorien [FAMH] – Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken [SVPK] – Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen [FMH]; Versicherer: Bundesamt für Militärversicherung [BAMV] – Bundesamt für Sozialversicherung [BSV] – Medizinaltarif-Kommission UVG [MTK] – Santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer) verschiedene Spitallabortypen (Typ A, Typ B, Typ C) definiert.

15 Anerkannt sind die Weiterbildungen des Schweizerischen Verbands der Leiter Medizinisch-Analytischer Laboratorien (FAMH) in den Bereichen Hämatologie, klinische Chemie, klinische Immunologie, medizinische Mikrobiologie (Art. 42 Abs. 3 KLV).

16 Als solche gilt das Diplom «Medizinische Laborantin/Medizinischer Laborant mit höherer Fachausbildung» des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) oder ein vom SRK als gleichwertig anerkanntes Diplom (Art. 42 Abs. 2 KLV).

17 Als Hochschulausbildung gilt ein abgeschlossenes Hochschulstudium in Zahn- oder Veterinärmedizin, Biochemie, Chemie, Biologie oder Mikrobiologie (Art. 42 Abs. 1 KLV).

18 Vgl. den Einleitungssatz von Art. 54 Abs. 1 KVV, der sich auf Art. 53 KVV bezieht.

19 Vgl. dazu den per 1.1.2004 in Kraft tretenden Art. 59 Abs. 4 KVV: «Bei Analysen erfolgt die Rechnungstellung an den Schuldner der Vergütung ausschliesslich durch das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat. Pauschaltarife nach Art. 49 KVG bleiben vorbehalten.»

20 In Frage kommen etwa Hersteller/Vertreiber von Arzneimitteln oder der Untersuchung beziehungsweise der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände.

- 21 Analysen eines Privatlabors, dessen Laborleistung die Anforderungen bezüglich Aus- und Weiterbildung nach Art. 54 Abs. 3 KVV nicht erfüllt, können demnach nicht vom praktizierenden Arzt abgerechnet werden, selbst wenn er sie als Drittleistungen ausweist.
- 22 In strafrechtlicher Hinsicht kann der Tatbestand der Urkundenfälschung erfüllt sein, wenn die von einem Dritten durchgeführten Analysen vom Arzt auf der Rechnung nicht als Drittleistungen ausgewiesen werden. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kommt einer Arztrechnung Urkundencharakter zu, soweit sie als Grundlage für die Rückerstattung von Versicherungsleistungen bzw. zum Bezug der Kostenbeteiligung dient. Das Nichtbezeichnen medizinischer Leistungen Dritter als solche kommt einer rechtlich erheblichen Tatsache im Sinne von Art. 251 StGB gleich, deren Unterdrückung strafbar ist (BGE 103 IV 178).
- 23 Im Zusammenhang mit dem Ein- und Verkauf von Medikamenten ist hingegen die besondere Bestimmung von Art. 33 Heilmittelgesetz (HMG) zu beachten. Diese untersagt einerseits das Gewähren, Anbieten, Versprechen und andererseits das Fordern oder Annehmen geldwerter Vorteile, soweit es sich dabei um Zuwendungen handelt, die über das Handelsübliche und betriebswirtschaftlich Gerechtfertigte hinausgehen. Zulässig sind auch bescheidene geldwerte Vorteile, die für die medizinische oder praktische Praxis von Belang sind. Vgl. zu diesem Themenkreis auch die BSV-Empfehlungen vom 21.12.2001, vom 15.3.2002, vom 11.7.2002 und vom 20.12.2002, www.bsv-vollzug.ch, Rubrik «Grundlagen KV».
- 24 Mit dem In-Kraft-Treten des HMG wurde per 1.1.2002 auch die Nichtweitergabe erhaltenen Vergünstigungen mit einer Strafbestimmung hinterlegt. Soweit nicht ein mit einer höheren Strafe bedrohter Tatbestand des Strafgesetzbuches erfüllt ist, kann die Nichtweitergabe von Vergünstigungen mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit einer Busse bestraft werden (Art. 92 Bst. d KVG).
- 25 Bei besonderen Zusammenarbeitsformen mit einem Drittlabor wird bei diesem ein bestimmter Arbeitsbereich ausgegliedert, in welchem ausschliesslich die im Praxislabor durchführbaren Analysen der Grundversorgung durchgeführt werden. Am Charakter der beauftragten Drittlaboratorien als Privatlaboratorien ändert dies jedoch nichts.
- 26 Werden die Analysen von einem von der Laborgemeinschaft beauftragten Privatlabor durchgeführt, stellt unter Umständen auch die Laborgemeinschaft dem Kostenträger zum AL-Tarif Rechnung.
- 27 Angesichts des wesentlich geringeren Analysevolumens im Vergleich zu einem Privatlabor waren die mit dem Praxislabor verbundenen Fixkosten bei der Festsetzung des AL-Tarifs entsprechend zu berücksichtigen. Privatlaboratorien können demgegenüber Analysen der Grundversorgung selbst bei Berücksichtigung der Bearbeitungs- bzw. zu wesentlich günstigeren Kosten durchführen. Die Bearbeitungs- bzw. -taxe im Umfang von 12 Taxpunkten darf von Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden, die im Auftrag eines Dritten Analysen durchführen. Leistungserbringer, die Analysen für den Eigenbedarf durchführen, wie Ärzte mit Praxislabor oder Spitallaboratorien, dürfen daher keine Bearbeitungs- bzw. -taxe in Rechnung stellen (vgl. Ziff. 1.7.2 der Bemerkungen zur AL).
- 28 Vgl. dazu vorne Ziff. 1.

schnitt). Leistungserbringer, die die Bestimmungen zur Rechnungsstellung umgehen, indem sie die von Dritten erbrachten Leistungen nicht als solche ausweisen, um zu Lasten des Kostenträgers daraus Vorteile für sich zu erlangen, machen sich strafbar (Art. 92 Bst. c KVG).

Weitergabe von Vergünstigungen

Angesichts der vorstehenden Ausführungen zur Rechnungsstellung stellt sich die Frage, in welchen Fällen die Pflicht zur Weitergabe von Vergünstigungen Anwendung findet.

Das Gewähren von Vergünstigungen im Verhältnis zwischen zwei Leistungserbringern oder zwischen Nicht-Leistungserbringern und Leistungserbringern ist grundsätzlich nicht verboten²³. Zwischen Nicht-Leistungserbringern und Leistungserbringern können Vergünstigungen in Form von geldwerten Zuwendungen oder im Rahmen der Rechnungsstellung als (ausgewiesener) Rabatt auf dem Rechnungsbetrag gewährt werden. Im Verhältnis zwischen zwei Leistungserbringern sind Zuwendungen, die sich unmittelbar auf die vom beauftragten Leistungserbringer gegenüber dem Patienten erbrachten Leistungen beziehen, nicht zulässig. Der von einem anderen beauftragte Leistungserbringer hat seine Aufwendungen – entsprechend den vorstehenden Ausführungen zur Rechnungsstellung – dem Kostenträger ja gerade direkt in Rechnung zu stellen. Andere Zuwendungen zwischen zwei Leistungserbringern, beispielsweise für die Zuweisung eines Patienten, sind demgegenüber zulässig, müssen jedoch vor dem Hintergrund der kostengünstigen medizinischen Versorgung im Rahmen der sozialen Grundversicherung an den Kostenträger weitergegeben werden (Art. 56 Abs. 3 KVG). Vergünstigungen sind somit unabhängig davon, ob sie zwischen Leistungserbringern oder zwischen Nicht-Leistungserbringern und Leistungserbrin-

ger gewährt werden, an den Kostenträger weiterzuleiten. Wer dagegen verstösst, macht sich strafbar²⁴. Letztlich soll mit dieser Bestimmung die kostengünstige Behandlung der Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung gewährleistet und jede medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung unterbunden werden.

3. Funktionsweise von Laborgemeinschaften

Die beteiligten Ärzte beauftragen die Laborgemeinschaft mit der Durchführung von Analysen. Die Laborgemeinschaft organisiert – da sie häufig selbst kein eigenes Labor betreibt – den Transport der Analysen zu einem Drittlabor²⁵. Die Laborgemeinschaft stellt die selbst oder von einem Privatlabor durchgeführten Analysen dem auftraggebenden Arzt in Rechnung²⁶. Dieser stellt dem Kostenträger die – nicht als Fremdleistungen ausgewiesenen – Analysen zum Praxislabor-Tarif der AL²⁷ (oder gesetzwidrig entsprechend einem kantonalen Tarif²⁸) in Rechnung. Im internen Auftragsverhältnis zwischen Privatlabor/ Gemeinschaftslabor/auftraggebender Arzt kommt nicht der AL-Tarif, sondern ein wesentlich günstigerer Preis (ca. 30 % des offiziellen AL-Tarifs) zur Anwendung. Die Differenz zwischen dem tatsächlichen Preis und dem dem Kostenträger verrechneten AL- (oder kantonalen) Tarif verbleibt entweder bei der Laborgemeinschaft oder beim Arzt selbst. Bezweckt wird in beiden Fällen in erster Linie die Abschöpfung dieses Ertrags zu Gunsten der Laborgemeinschaft und ihrer Mitglieder beziehungsweise des Arztes. Verbleibt der Ertrag bei der Laborgemeinschaft, wird dieser nach erfolgter Zuweisung an die gesetzlichen und statutarischen Reserven häufig entsprechend dem vom einzelnen Mitglied via Laborgemeinschaft verursachten Analysevolu-

men an die Mitglieder verteilt. Dabei kollidiert die krankenversicherungsrechtliche Zielsetzung der Kostendämpfung mit dem – aus privatrechtlicher Sicht allenfalls legitimen – Gewinnstreben dieser Unternehmen.

Diese Zusammenhänge sind für den Kostenträger schwierig zu durchschauen. In der Regel wird ihm der rechnungstellende Leistungserbringer (Arzt oder Laborgemeinschaft) gerade keinen Aufschluss über allfällige Geschäftsbeziehungen mit und Beteiligungen an Dritten und auch keinen Einblick in Dokumente (Rechnung des Privatlabors und/oder der Laborgemeinschaft) gewähren, die Aufschluss über die tatsächlichen Analysenpreise geben. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42 Absatz 3 beziehungsweise Artikel 56 KVG ist dem Kostenträger damit gänzlich verunmöglicht. Der Kostenträger kann deshalb nur schwerlich Kenntnis davon haben, ob der behandelnde Arzt die fraglichen Analysen tatsächlich im eigenen Praxislabor vorgenommen oder einen Dritten mit der Durchführung beauftragt hat. Vor diesem Hintergrund ist die Abgrenzung zwischen Laborgemeinschaften, die der Abschöpfung des Ertrags im oben beschriebenen Sinn dienen, und sich KVG-konform verhaltenden Privatlaboratorien schwierig.

4. Gründung/Teilnahme an Laborgemeinschaften – wann ist Vorsicht geboten?

Sowohl für die Mitglieder, Geschäftspartner und Kunden bereits

bestehender als auch neu zu gründender Laborgemeinschaften stellt sich die Frage, welche Aspekte und Mechanismen bei der gesellschaftsrechtlichen Ausgestaltung einer Laborgemeinschaft aus krankenversicherungsrechtlicher Sicht zumindest als heikel zu beurteilen sind. Mit Blick auf die Straftatbestände im Zusammenhang mit der falschen Rechnungstellung beziehungsweise der Nichtweitergabe von Vergünstigungen stehen insbesondere folgende Aspekte im Vordergrund:

- *Beschränkung des Mitgliederkreises auf praktizierende Ärzte*
Die auftraggebenden Ärzte beauftragen sich als Mitglieder der Laborgemeinschaft selber. Sie garantieren damit der Laborgemeinschaft ein Auftragsvolumen.
- *Finanzielle und/oder personelle Verflechtungen zwischen Laborgemeinschaft und privatem Partnerlabor*
Die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und Laboreinrichtungen, die Vermietung derselben vom einen an den anderen Partner, die Bestellung einer gemeinsamen Laborleitung können Zweifel an der eigenständigen Geschäftstätigkeit der Laborgemeinschaft oder des Privatlabors aufkommen lassen.
- *Keine direkte Rechnungstellung an den Kostenträger*
Die Rechnungstellung erfolgt nicht durch die Laborgemeinschaft oder ein beauftragtes Privatlabor, sondern durch ein Mitglied der Laborgemeinschaft in seiner Eigenschaft als praktizierender Arzt: Der tatsächliche Leistungserbringer, insbesondere der von diesem verwendete Tarif sollen offensichtlich vor dem Kos-

träger verheimlicht werden. Gleiches gilt auch in Fällen, in welchen die Laborgemeinschaft selbst keine Analysen vornimmt, diese aber gegenüber dem Kostenträger anstelle des von ihm beauftragten Dritten abrechnet.

- *Gewinnverteilung in Abhängigkeit des Auftragsvolumens*

Die Verteilung des erwirtschafteten Ertrags in Form von Geld- (Auszahlung an Genossenschaftler, Höhe und/oder Anzahl Dividende an Mitglieder u.a.) oder Sachleistungen (kostenlose Teilnahme an Ausbildungsveranstaltungen, Kongressen, Finanzierung der Praxis[einrichtung der Mitglieder u.a.) in Abhängigkeit des vom einzelnen Mitglied verursachten Analysevolumens verleitet diese dazu, das von ihnen veranlasste Analysevolumen weiter zu erhöhen, was den einzelnen Mitgliedern, aber auch der Laborgemeinschaft als Ganzer wirtschaftliche Vorteile bringt. Eine entsprechende Gewinnverteilung fördert damit die Umgehung der Pflicht zur Weitergabe erhaltener Vergünstigungen an den Kostenträger.

Helena Kottmann, lic. iur., Stab Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung, BSV; E-Mail: helena.kottmann@bsv.admin.ch.

Auswirkungen der medizinischen Normalisierung auf die Lebenssituation von Menschen mit HIV/Aids

Seit 1996 gibt es für Menschen mit HIV/Aids Medikamente, die den Krankheitsausbruch aufschieben oder sogar verhindern können. Die einst mit grosser Wahrscheinlichkeit tödlich verlaufende Krankheit hat sich zu einer chronischen gewandelt. Eine repräsentative Untersuchung im Rahmen eines Projektes des Schweizerischen Nationalfonds zeigt, dass sich diese «Normalisierung» im medizinischen Bereich teilweise auch auf die Lebenssituation von Menschen mit HIV/Aids ausgewirkt hat. Gleichzeitig macht die Studie aber auch deutlich, dass die Krankheit nach wie vor gewichtige rechtliche und wirtschaftliche Schwierigkeiten mit sich bringt.



Stefan Spycher
Büro BASS, Bern

Die Einführung der Kombinations-therapien stellte den Umgang mit HIV/Aids für alle beteiligten Akteure in Frage. Mitte der 1990er-Jahre

schrrieb daher der Schweizerische Nationalfonds ein sozialwissenschaftliches Forschungsprogramm aus, um die Auswirkungen der medizinischen Normalisierung in den unterschiedlichsten Fach- und Lebensbereichen festzustellen.¹ Die hier vorgestellten Ergebnisse stammen aus einer Untersuchung, welche auf die rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme der Menschen mit HIV/Aids fokussierte.² Dabei ging es sowohl um die Feststellung der Häufigkeit verschiedener rechtlicher Probleme wie auch um das Aufzeigen ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen.³ Als empirische Basis diente in erster Linie eine schriftliche Befragung der Mitglieder der Schweizerischen HIV-Kohortenstudie (SHK).⁴ In der SHK werden die meisten in der Schweiz

lebenden Menschen mit HIV/Aids medizinisch betreut. Angeschlossen sind die Kliniken in Genf, Lausanne, Bern, Basel, Zürich, St.Gallen und Lugano sowie die niedergelassenen Fachärzte/innen. Insgesamt konnten 783 Fragebogen ausgewertet werden.

Auf dem Weg zur Normalisierung

Betrachtet man die Lebenssituation von Menschen mit HIV/Aids, fallen einige Unterschiede zur Bevölkerung auf, die aufgrund des Charakters der Krankheit zu erwarten sind. So ist z.B. unter den Menschen mit HIV/Aids der Anteil der Männer deutlich höher oder die Altersverteilung stärker auf das Segment zwischen 30 und 64 Jahren konzentriert. Weiter erstaunt es auch nicht, dass unter den Menschen mit HIV/Aids der Anteil der Paarhaushalte mit Kindern unterproportional auftritt.

Weit überraschender ist die Tatsache, dass verschiedene andere Merkmale vergleichbare Werte mit der Bevölkerung aufweisen. Die Struktur der höchsten abgeschlossenen Ausbildung beispielsweise ähnelt der Normalbevölkerung, wenn auch die Frauen mit HIV/Aids vergleichsweise etwas weniger gut ausgebildet sind. Die Erwerbsquote von Menschen mit HIV/Aids liegt bei 62 % und damit nur wenig unterhalb der sonstigen Bevölkerung (65 %). Auch beim Beschäftigungsgrad scheint sich die Krankheit nicht mehr wie früher einschränkend auszuwirken. Die Werte sind auch hier mit denjenigen der Bevölkerung vergleichbar. Mit logistischen Regressionen wurde weiter untersucht, ob die Menschen mit HIV/Aids in

1 Vgl. für eine aktuelle Übersicht zur (politischen) Normalisierungsdiskussion: Rosenbrock Rolf und Doris Schaeffer (Hrsg.) (2002): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. edition sigma, Berlin.

2 Die ausführlichen Ergebnisse sind in folgendem Buch dargestellt: Pärli Kurt, Karin Müller Kucera und Stefan Spycher (2003): Aids, Recht und Geld. Eine Untersuchung der rechtlichen und wirtschaftlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids. Verlag Rüegger, Zürich/Grüesch.

3 Vgl. für eine frühe Diskussion der rechtlichen Probleme von Menschen mit HIV/Aids auch den Schwerpunkt des Heftes Nr. 2 der Sozialen Sicherheit aus dem Jahre 1998.

4 Weiter wurden Lebensversicherer und die kantonalen IV-Stellen schriftlich befragt.

5 Vgl. für die Untersuchung von Armut in der Schweiz: Robert E. Leu, Stefan Burri und Tom Priester (1997): Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Paul Haupt Verlag, Bern.

ihrer Entlohnung diskriminiert werden. Dies konnte nicht festgestellt werden. Die medizinische Normalisierung ermöglicht den Menschen mit HIV/Aids somit eine weitgehend normale Erwerbstätigkeit.

Das soziale Sicherungsnetz scheint bei Menschen mit HIV/Aids nicht sehr viel weniger wirksam zu sein als sonst in der Bevölkerung. Gemessen an den Kriterien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe beträgt die Armutsquote unter den Menschen mit HIV/Aids 6,8%, im Vergleich zu 5,6% in der Normalbevölkerung.⁵ Ein deutlicher Unterschied zeigt sich dabei jedoch zwischen Frauen und Männern: Bei den Frauen mit HIV/Aids ist die Armutsquote mit 11,1% deutlich höher als bei den Männern (5,5%). Regressionsanalysen zeigen jedoch, dass die höhere Armutsquote bei den Frauen nicht mit HIV/Aids, sondern mit dem vergleichsweise tieferen Bildungsniveau, der geringeren Erwerbsquote sowie dem Vorhandensein von Kindern zu erklären ist. Allerdings bleibt die Frage offen, ob sich Frauen mit einem tieferen Bildungsniveau häufiger mit HIV/Aids anstecken.

Die insgesamt durchschnittliche Armutsquote von Menschen mit HIV/Aids dürfte auf die starke Wirksamkeit des Krankenversicherungsgesetzes in diesem Bereich zurückzuführen sein. Im hypothetischen Fall, dass die Medikamente der Kombinationstherapien nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen würden, steigt die Armutsquote auf über 16% an.

Noch immer viele rechtliche Probleme

Obschon sich die Lebenssituation von Menschen mit HIV/Aids allmählich normalisiert, gibt es für sie im Alltag noch immer eine Menge rechtlicher Probleme. **Tabelle 1** zeigt in einer Übersicht die häufigs-

Die Häufigkeit der wichtigsten (rechtlichen) Probleme von Menschen mit HIV/Aids

1

	Häufigkeit	Gesamte Angaben	In % der Gesamtangaben
Arbeitsverhältnis			
Unfreiwillige Offenlegung HIV-Status im Bewerbungsverfahren	101	447	23%
HIV/Aids-bedingte Kündigung	82	417	20%
Zugang zu Versicherungen			
Risikoprüfung bei einem Antrag zur Kollektivtaggeldversicherung mit Fragen nach dem HIV-Status	108	661	16%
Verzicht auf einen Stellenwechsel wegen einer befürchteten Verschlechterung bei den Risikoversicherungen der Pensionskassen	73	633	12%
Invalidität			
Keine Prüfung beruflicher Massnahmen bei der IV-Anmeldung	123	185	62%
Fehlender Anspruch auf IV-Leistungen der beruflichen Vorsorge	79	139	62%
Information und Verfahren			
Mangelhafte Information durch die Versicherer im Bereich KV, IV, EL, BV	2945	4524	65%
HIV/Aids-bedingte Konflikte mit Privatperson	133	492	27%
HIV-Test			
Rechtlich nicht zulässige HIV-Tests	87	742	11%
Keine ausreichende Information vor dem HIV-Test	224	461	49%
Datenschutz			
Verzicht auf Dienstleistungen/Ansprüche/rechtliche Schritte aus Angst vor Bekanntgabe des HIV-Status	475	601	79%
Eigene Erfahrungen mit Datenschutzproblemen	126	697	18%

Quelle: Schriftliche Befragung HIV-Kohortenstudie (Pärli et al. 2003)

ten Schwierigkeiten aus verschiedenen Bereichen. Besonders einschneidend für die wirtschaftliche Situation der Betroffenen sind folgende:

- Entlassungen aufgrund der Krankheit (sie führen zu einer im Vergleich zur übrigen Bevölkerung überdurchschnittlich langen Phase der Erwerbslosigkeit),
- Verzicht auf einen Stellenwechsel oder den Beginn einer selbständigen Erwerbstätigkeit (mit dem Wechsel wird eine Verschlechterung der Versicherungssituation befürchtet),
- Lücken im Bereich der beruflichen Vorsorge (zum Teil fehlender Anspruch auf IV-Renten der 2. Säule),
- Mängel im Vollzug bzw. der Ausgestaltung der Invalidenversiche-

rung (zu geringer Einsatz beruflicher Massnahmen; lange Wartezeiten auf den Entscheid der IV ohne gleichzeitige Einkommensüberbrückung; ungenügend abgestufte Anreize zur Aufnahme von Erwerbstätigkeiten).

Andere festgestellte Probleme beeinflussen weniger die wirtschaftliche Situation der Menschen mit HIV/Aids, sondern mehr deren Lebensqualität (z.B. beim HIV-Test).

Für die Menschen mit HIV/Aids sind die Sozialversicherungen von grosser Bedeutung. Das System der sozialen Sicherheit zeichnet sich durch eine hohe Komplexität sowohl bezüglich der Vielfalt, des Zu-

⁵ Vgl. für die Untersuchung von Armut in der Schweiz: Robert E. Leu, Stefan Burri und Tom Priester (1997): Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Paul Haupt Verlag, Bern.

sammenspiels und der Menge relevanter Gesetzesbestimmungen sowie der zahlreichen Durchführungsstellen aus. In den meisten Sozialversicherungsgesetzen ist eine Informationspflicht der Versicherer gegenüber den Versicherten über bestimmte Aspekte der jeweiligen Versicherung festgehalten. Die Mehrheit (65 %) der Befragten beurteilt die Information durch die Sozialversicherer allgemein als unzureichend. Für die Durchsetzung von Ansprüchen ist die Mehrheit der Menschen mit HIV/Aids auf sich alleine angewiesen. Wird Hilfe in Anspruch genommen, dann eher von Beratungsstellen als von Anwälten oder Anwältinnen. Mehrheitlich werden Entscheide der Sozialversicherungen akzeptiert. Gegen missliebige Entscheide werden in der Regel keine Rechtsmittel ergriffen.

Untersucht wurde ebenfalls der Zusammenhang zwischen dem Ergreifen von Rechtsmitteln und der Einkommenshöhe, um den «Zugang zum Recht» zu überprüfen. Dabei zeigte sich, dass es stärker auf die Eigenheiten der Rechtsprobleme als auf die ökonomischen Ressourcen der betroffenen Personen mit HIV/Aids ankommt.

HIV/Aids als chronische Krankheit

Menschen mit HIV/Aids haben vielfältige und zum Teil schwerwiegende rechtliche Schwierigkeiten, welche aus ihrer Krankheit resultieren. Diese Probleme wirken sich auch wirtschaftlich aus. Dennoch gilt es festzuhalten, dass sich die eingangs erwähnte medizinische Nor-

malisierung auch im untersuchten juristisch-ökonomischen Bereich zeigt: Die festgestellten Mängel haben nur noch teilweise mit den Eigenheiten von HIV/Aids zu tun. Die aufgezeigten Probleme können vielmehr als typisch für alle Menschen mit einer chronischen Krankheit bezeichnet werden. In diesem Sinne wird HIV/Aids zum «Modellfall» für chronische Krankheiten. Als Lösungsmassnahme braucht es daher keine spezielle «Lex HIV/Aids». Vielmehr gilt es, die bestehenden Rechtserlasse, aber auch die Sozialpolitik unter dem Gesichtspunkt von chronisch kranken Menschen zu durchleuchten und entsprechend anzupassen.

Stefan Spycher, Dr. rer. pol., Büro BASS,
Bern; E-Mail: stefan.spycher@buerobass.ch

Sozialpolitik

03.3359. Interpellation Rossini, 19.6.03: Sozialpolitik. Zurück zur Armenpflege?

Nationalrat Rossini (SP, VS) hat folgende Interpellation eingereicht:

«In Zusammenhang mit politischen Entscheidungen (z.B. Verankerung der Zusatzleistungen in der Bundesverfassung, AVIG) und wiederholten Aussagen gewisser Parteien oder des Vorstehers des Eidgenössischen Departementes des Innern, bitte ich den Bundesrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. Will der Bundesrat das System der sozialen Sicherheit so verändern, dass die Fürsorge vermehrt die Rolle der Sozialversicherungen übernimmt? Wenn ja: Will er seine Pläne offen legen und die Änderungen in seinen politischen Zielsetzungen ankündigen?
2. Ist er nicht der Ansicht, dass die wiederholten Kategorisierungen oder sogar systematischen Stigmatisierungen von gewissen Bevölkerungsgruppen, die im gesellschaftlichen Diskurs unserer Regierung auftauchen (betagte, kranke oder behinderte Personen; junge Menschen; Familien; Profiteure usw.), den sozialen und nationalen Zusammenhalt schwächen, weil die Bürgerinnen und Bürger so insbesondere das Vertrauen in die sozialen Einrichtungen verlieren?
3. Welche Folgen hat seiner Meinung nach eine gezielte Gewährung von Sozialleistungen auf die Geldflüsse zwischen der öffentlichen Hand, den Unternehmen und den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (und somit auch auf die finanzielle Solidarität)? Steht dies nicht in fundamentalem Widerspruch zum Ziel der Sanierung der öffentlichen Finanzen? Oder steckt dahinter sogar die Absicht, finanzielle Lasten des Bundes auf die Kantone und Gemeinden abzuwälzen?» (52 Mitunterzeichnende)

Antwort des Bundesrates vom 3.9.2003

«1. Der Bundesrat ist sich bewusst, dass das schweizerische Sozialsystem vor neuen Herausforderungen steht. Die demografische Alterung wird das Sozialversicherungssystem zunehmend finanziell belasten. Die Individualisierung der Lebensläufe bedingt eine Flexibilisierung des Systems der sozialen Sicherheit. Die familiären und partnerschaftlichen Beziehungen werden materiell weniger tragfähig, die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit wird für die Volkswirtschaft wichtiger.

Insgesamt zeichnet sich das schweizerische System der sozialen Sicherheit jedoch nach wie vor durch eine hohe Leistungsfähigkeit aus und geniesst entsprechend auch in der internationalen Diskussion einen sehr guten Ruf.

Der Bundesrat hat wiederholt festgehalten, dass sich das schweizerische System der sozialen Sicherheit bewährt hat und dass er einen radikalen Systemwechsel nicht für erforderlich hält. Der Bundesrat richtet seine Strategie nach generellen Leitlinien, die auf der Leistungsseite die gezielte Schliessung von Lücken, die Überprüfung überholter Leistungen und die Anpassung der Leistungen an die sich wandelnden Bedürfnisse umfassen.

Im Vordergrund steht mittelfristig die Schaffung eines nachhaltigen Gleichgewichtes zwischen Leistungen und Finanzierung. Die angestrebte finanzielle Konsolidierung der Sozialversicherungswerke gebietet eine Gesamtbetrachtung, nicht aber eine Gesamtrevision des Systems, weil die erforderlichen Änderungen durchaus auf der Ebene der einzelnen Sozialversicherungen vorgenommen werden können.

Die Sozialhilfe spielt als letztes Auffangnetz eine wichtige Rolle. Sie ist darauf ausgerichtet, Personen in Notlagen durch individuell angepasste materielle und integrative Massnahmen zu unterstützen. Sie soll und kann aber nicht die Aufga-

ben der Sozialversicherungen übernehmen.

2. Der Bundesrat ist sich der Bedeutung des sozialen Zusammenhaltes bewusst. Eine wichtige Rolle kommt dabei den Sozialversicherungen zu, die auf die Solidarität zwischen Reichen und Armen, Alten und Jungen, Gesunden und Kranken angewiesen sind. Der Bundesrat ist nicht der Ansicht, dass er den sozialen Zusammenhalt und die Solidarität in der einen oder anderen Weise gefährdet oder das Vertrauen der Bevölkerung in die Institutionen untergräbt.

3. Wie erwähnt, hält der Bundesrat am heutigen System der sozialen Sicherheit fest. Er kann deshalb keinen grundsätzlichen Widerspruch erkennen, den der Interpellant befürchtet. Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen und die Zuständigkeiten müssen zum Teil neu geregelt werden. Dies geschieht jedoch bereits im Rahmen des Neuen Finanzausgleiches.»

Der Interpellant erklärte sich von der Antwort teilweise befriedigt.

Berufliche Vorsorge

03.3245. Interpellation SVP-Fraktion, 2.6.03: Schutz der 2. Säule vor missbräuchlichem IV-Bezug

Die SVP-Fraktion des Nationalrates hat folgende Interpellation eingereicht:

«Die zunehmende Invalidisierung der Gesellschaft bedroht unsere Sozialwerke. Die IV ertrinkt in den Defiziten, und in der 2. Säule müssen wegen der starken Zunahme der IV-Rentner die Beiträge erhöht werden. Die Anzahl IV-Rentner ist seit 1990 von 160 000 auf 260 000 gestiegen. Neben den Renten werden aus der IV zunehmend individuelle Massnahmen finanziert. Nebst der IV wird durch diese Entwicklung auch die 2. Säule, die ebenfalls Invalidenrenten ausrichtet und dabei faktisch die Invalidisierungspraxis

der IV nachvollziehen muss, massiv belastet. Viele Versicherte der 2. Säule müssen aus diesem Grund ihre Prämien erhöhen.

Will man der finanziellen Misere in der IV und dem BVG beikommen, ist bei den Ursachen für die steigenden Bezugsszahlen anzusetzen. Die Ursachen für die Invalidisierung sind indes nicht in einer Zunahme der Erkrankungen zu finden, sondern vielmehr im wachsenden Missbrauch der gesetzlichen Grundlagen als Weg zum frühzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben. Dies zeigen insbesondere die kantonalen Unterschiede. So scheint die Höhe der Zahl der Ärzte und Psychologen gemäss Statistik einen direkten Einfluss auf die Zahl der IV-Bezüger zu haben. Die Hemmungen, den Sozialstaat zu missbrauchen, nehmen heute jedoch kontinuierlich ab.

Der Bundesrat hat im Rahmen der St.-Petersinsel-Gespräche eine Vorlage für eine 5. IV-Revision in Aussicht gestellt und einige Ideen vorgelegt. Die Befristung der Renten, die Verstärkung der Reintegration und der Aufsicht sowie eine neue Aufgabenteilung wurden genannt. Angesichts der höchst kritischen Lage der Sozialwerke, namentlich auch des BVG, erscheint es jedoch angezeigt, das Problem unverzüglich und in der notwendigen Breite anzugehen. Wir ersuchen den Bundesrat daher um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wann gedenkt er angesichts der Probleme der Altersvorsorge die nun dringend notwendigen und bereits mehrfach geäusserten Forderungen der SVP, namentlich die völlige Transparenz der Pensionskassen und die volle Freizügigkeit für die Versicherten mit gleichzeitigem Verzicht auf die Festlegung eines Mindestzinssatzes im Interesse der Versicherten, umzusetzen?
2. Ist er sich bewusst, dass das BVG auch durch den ständig höheren Invalidisierungsgrad belastet wird? Liegen ihm dazu Zahlen vor, insbesondere über die Anzahl

Personen und die Höhe der ausgerichteten Zahlungen für

- schweizerische und in der Schweiz wohnhafte Rentenbezüger und -bezügerinnen,
- schweizerische und im Ausland wohnhafte Rentenbezüger und -bezügerinnen,
- ausländische und in der Schweiz wohnhafte Rentenbezüger und -bezügerinnen,
- ausländische und im Ausland wohnhafte Rentenbezüger und -bezügerinnen?

3. Teilt er die Meinung, dass insbesondere für Rentenbezüger aus Nicht-EU-Staaten, die ihre Renten im Ausland beziehen, strengere Rahmenbedingungen zu setzen sind, namentlich

- Festlegung einer Mindestanzahl von Aufenthalts- und Beitragsjahren als Voraussetzung für einen Rentenbezug.
- Befristete Auszahlung und Anpassung der Renten an die lokale Kaufkraft bei Wegzug ins Ausland.
- Beschränkung der Abgeltung von Eingliederungsmassnahmen auf Leistungen in der Schweiz.

4. Zieht er aus den vorliegenden Statistiken auch den Schluss, dass die Verdoppelung der Zahl der IV-Bezüger aufgrund psychischer Erkrankungen und HWS (sog. Schleudertrauma) vor allem einem wachsenden Missbrauch zuzuschreiben ist. Welche Massnahmen zieht er diesbezüglich in Betracht?

5. Wie hoch schätzt er die Kosten ein, die dem BVG durch den Nachvollzug der Invalidisierungspraxis der IV entstehen? Wie hoch ist die daraus erwachsende Beitragssteigerung für die Beitragszahlenden (Arbeitnehmer und Arbeitgeber) zu beziffern?

6. Ist er bereit, noch im laufenden Jahr ein Massnahmenpaket zu präsentieren, mit dem die obgenannten Probleme behoben und die Pensionskassen entlastet werden können?»

Antwort des Bundesrates vom 26.9.2003 (gekürzt)

«1. Der Bundesrat unterstützt systematisch alle Massnahmen, die die Transparenz bei den Pensionskassen verbessern. Bei der Beratung der 1. BVG-Revision wurden Bestimmungen formuliert, die klar einschneidendere Regelungen für die Pensionskassen bringen werden und die bei allen möglichen Organisationsformen der Vorsorgeeinrichtungen greifen sollen...

Für die Art, wie der Mindestzins festzusetzen ist, wurden in der 1. BVG-Revision Grundsätze definiert, die von beiden Räten angenommen wurden. Diese Bestimmungen werden voraussichtlich am 1. Januar 2005 in Kraft treten. Der Bundesrat sieht keinen Anlass, auf diesen Entscheid des Parlaments bereits wieder zurückzukommen. Was die freie Wahl der Pensionskassen betrifft, so hat der Bundesrat die Verwaltung beauftragt, ihm bis 2005 Entscheidungsgrundlagen vorzulegen...

2. Der Bundesrat ist sich der Problematik dieser Frage bewusst. Er hat daher im Zusammenhang mit der Umsetzung eines Postulats der SGK-N (02.3006) entschieden, auch die Entwicklung der Invaliditätskosten in der beruflichen Vorsorge zu analysieren...

In Bezug auf die Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge fehlen quantitative Angaben. Die berufliche Vorsorge ist dezentral organisiert und kennt im Gegensatz zur AHV/IV kein zentrales Rentenregister... Die Invalidenversicherung verfügt dagegen über differenzierte statistische Angaben betreffend Nationalität der Bezüger und ihres Wohnortes. Für die 2. Säule kann daraus jedoch nichts abgeleitet werden, weil sich der Kreis der Bezüger von Invalidenleistungen aus der ersten und der zweiten Säule zu sehr unterscheiden. Ausserdem sind in der Statistik bei der beruflichen Vorsorge auch die überobligatorischen Leistungen mit eingeschlossen...

3. Der Bundesrat hat am 28. Mai 2003 einen ausführlichen Bericht «Leistungsexporte. Finanzielle Sicherung von AHV/IV» verabschiedet. Dieser Bericht befasst sich mit den wirtschaftlichen, rechtlichen und quantitativen Aspekten des Leistungsexports und nimmt auch zur Frage möglicher Massnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Auswirkungen der Leistungsexporte Stellung... Eine Änderung der Anspruchsvorschriften durch Erhöhung der heute bestehenden einjährigen Mindestbeitragsdauer oder eine Anpassung der Rentenzahlung an die Kaufkraft im Wohnland würde voraussetzen, dass alle Sozialversicherungsabkommen einschliesslich der Abschnitte über die soziale Sicherheit im Freizügigkeitsabkommen mit der EU und im Abkommen mit der EFTA aufgehoben und neu ausgehandelt werden müssten. Ein solches Vorgehen würde die «Bilateralen» gefährden. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass dies unbedingt vermieden werden muss. Nicht auszuschliessen ist ausserdem, dass derartige Massnahmen letztlich auch Benachteiligungen gegenüber Auslandschweizern zur Folge hätten.

Die Einsparungen für die IV wären im Übrigen nicht bedeutend: Im Januar 2003 hatten 15,5 % der IV-Rentenbezüger/innen ihren Wohnsitz im Ausland, 85 % davon in einem EU-Staat. Die durchschnittliche Monatsrente lag bei 662 Franken und somit 360 Franken tiefer als die in der Schweiz ausgerichtete Durchschnittsrente. Diese Personengruppe (zu ihr gehören auch rund 10 % Schweizer/innen) hat also nur gerade 10,7 % der ausgerichteten Rentensumme bezogen (87,5 % davon in einem EU-Land, 12,5 % in einem Nicht-EU-Land). Somit dürfte eine Anpassung an die Kaufkraft für Nicht-EU-Staatsangehörige keine substantielle Senkung der exportierten Rentensumme zur Folge haben. Im Jahr 2001 wurden von der AHV/IV rund 1,9 Mio. Franken für

Sachleistungen im Ausland bezahlt. Davon entfiel nur ein Bruchteil auf Eingliederungsmassnahmen der IV in Nicht-EU-Staaten. In Anbetracht der Geringfügigkeit der Ausgaben in diesem Bereich erachtet es der Bundesrat daher nicht als notwendig, für die Abgeltung von Eingliederungsmassnahmen der IV im Ausland strengere Rahmenbedingungen vorzusehen, zumal erst noch höhere Kosten entstehen würden, wenn diese Personen für die Durchführung dieser Massnahmen in die Schweiz kommen müssten.

Für die 2. Säule gilt, dass BVG-Leistungen in direktem Bezug zu bisherigen und zukünftigen Beiträgen stehen. Viele Pensionskassen sehen jedoch freiwillig ein anderes System vor, bei dem für die Höhe der Invalidenleistungen auf einen Prozentsatz des versicherten Lohnes abgestellt wird. Die Einführung anderer Kriterien in das BVG, wie eine Mindestanzahl von Aufenthaltsjahren oder das Abstellen auf den Aufenthaltsort, brächte die Gefahr mit sich, dass Versicherte bei Beiträgen in gleicher Höhe Anspruch auf unterschiedliche Leistungen erhielten. Dies widerspricht dem Gleichbehandlungsprinzip, das in der beruflichen Vorsorge gilt...

4. Wie in jeder Versicherung können auch in der IV vereinzelte Fälle von Missbrauch nicht ausgeschlossen werden. Es kann jedoch sicherlich nicht gesagt werden, dass die Zunahme der Anzahl IV-Rentner/innen einem wachsenden Missbrauch zuzuschreiben sei. Die Gründe für die Zunahme liegen vielmehr in einem sich wandelnden Krankheitsbegriff, insbesondere im Bereich der psychischen Krankheiten, der Abnahme der Tabuisierung und im höheren Differenzierungsgrad der psychiatrischen Diagnosen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe Versorgungsdichte mit Fachärzten mit ein Grund für die Zunahme der Zahl der IV-Rentner/innen ist, ein Phänomen, das auch in der Krankenversiche-

rung anzutreffen ist, wo bekanntlich ein hohes Angebot die Leistungsbeanspruchung fördert.

Wie der Bundesrat bereits in seiner Antwort auf eine Motion der SGK-N (03.3011) erklärt hat, ist er aufgrund der Entwicklung in der IV bereit, umgehend eine weitere Gesetzesrevision an die Hand zu nehmen und ein Paket von Massnahmen vorzuschlagen, welches die Zunahme der Zahl der Neurenten dämpfen soll. Der Bundesrat lässt derzeit vom EDI verschiedene Vorschläge prüfen und eine Revisionsvorlage ausarbeiten, welche Anfang 2004 in die Vernehmlassung geschickt werden soll. Nach den Vorschlägen des EDI wird die Einführung eines Rentensystems geprüft, wonach Renten insbesondere in den ersten Jahren nur befristet zugesprochen werden sollen. Diese Befristung soll u.a. ermöglichen, dass die medizinischen Abklärungen – nicht zuletzt auch dank der Einführung der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) im Rahmen der 4. IV-Revision – qualitativ besser, unabhängiger und soweit nötig auch häufiger durchgeführt werden können. Die IV-Stellen sollen während der Befristung eine aktive Eingliederungspolitik verfolgen, wobei gleichzeitig der Mitwirkungspflicht der Versicherten ein hoher Stellenwert zukommen soll. Zudem soll die Institutionalisierung der Zusammenarbeit zwischen IV und Krankentaggeldversicherungen... gefördert werden, damit die IV frühzeitig mit krank geschriebenen Versicherten Kontakt aufnehmen und gegebenenfalls entsprechende Massnahmen in die Wege leiten kann... Die Bindung der Vorsorgeeinrichtungen an die Entscheidung der IV-Stellen gilt nur für die gesetzliche Minimalvorsorge. In der erweiterten Vorsorge gilt diese Bindung nur, soweit die Vorsorgeeinrichtungen den gleichen Invaliditätsbegriff verwenden wie die IV... Da die Vorsorgeeinrichtungen nach Art. 65 Abs. 2 BVG verpflichtet sind, ihre Finanzierung so zu regeln,

dass die Leistungen bei Fälligkeit erbracht werden können, führt die Kostenzunahme bei den Invalidenleistungen immer dann zu Beitragserhöhungen, wenn die Mehrkosten nicht durch andere Einnahmen (v.a. Vermögensertrag) gedeckt werden können. Der Bundesrat wird die Invaliditätskosten in der 2. Säule analysieren lassen (s. Ziff. 2). Die Frage, welcher Anteil der Kostenerhöhung auf den Nachvollzug der IV-Entscheide zurückzuführen und welcher Anteil von anderen Faktoren (...) verursacht wird, soll in diesem Rahmen geprüft werden.

6. Der Bundesrat ist sich bewusst, dass die Zunahme der IV-Fälle direkte Auswirkungen auf die BVG-Minimalleistungen der Vorsorgeeinrichtungen (aufgrund der Bindungswirkung) und damit auch auf ihre Kosten hat. Er ist der Meinung, dass dieses Problem bei der Ursache der Erhöhung der IV-Fälle angepackt werden muss. Er lässt daher bereits Massnahmen bei der Invalidenversicherung erarbeiten (s. Ziff. 4), die Anfang 2004 in die Vernehmlassung gegeben werden...»

Militärversicherung

03.3346. Motion Stähelin, 19.6.03: Militärversicherung. Vollzug

Ständerat Stähelin (CVP, TG) hat folgende Motion eingereicht:

«Vor drei Jahren hat der Bundesrat auf die Interpellation zum Status

der Militärversicherung geantwortet, dass er keinen unmittelbaren Handlungsbedarf sehe, aber verschiedene künftige Lösungen für den Vollzug der Militärversicherung zu prüfen bereit sei.

Inzwischen hat das Volk der Armee reform XXI und der Zivilschutzreform zugestimmt, womit das Volumen der Militärversicherung abnehmen wird. Auf der anderen Seite haben wir auch zur Kenntnis nehmen müssen, dass die Zahl der Suva-Versicherten zurückgeht. Damit wachsen auch die Grundkosten pro Versicherten in beiden Versicherungen. Aufgrund dieser Entwicklung ist heute der Handlungsbedarf ausgewiesen.

Der Bundesrat wird aufgefordert, die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, um den Vollzug der Militärversicherung der Suva zu übertragen. Risikoträger verbleibt der Bund. Dabei sind die Organe der Suva so anzupassen, dass auch die Interessen der von der Militärversicherung erfassten Personen berücksichtigt werden. Die Mitarbeiter der Militärversicherung sind von der Suva zu übernehmen.»

Stellungnahme des Bundesrates vom 27.8.2003

«Am 30. April 2003 hat der Bundesrat das EDI beauftragt, mit einer Projektgruppe unter Beizug der betroffenen Stellen alle Fragen im Zusammenhang mit einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen der Mi-

litärversicherung und der Suva, einschliesslich einer allfälligen Unterstellung der Militärversicherung als selbständiges Sozialversicherungssystem unter die Suva, zu prüfen und die jeweiligen Konsequenzen in rechtlicher, finanzieller, personeller und sozialpolitischer Hinsicht aufzuzeigen.

Wie der Vorsteher des EDI am 16. Juni 2003 in der Fragestunde im Nationalrat (Frage Abate 03.5177) darlegte, hat die Projektgruppe dem EDI inzwischen einen Bericht abgegeben. Dieser lässt allerdings noch verschiedene Fragen offen, welche vertieft abgeklärt werden müssen. Zudem erwartet das EDI von der Suva noch eine Stellungnahme, unter welchen Voraussetzungen sie die Führung der Militärversicherung übernehmen könnte.

Nach der Klärung der offenen Fragen und der Prüfung der Stellungnahme der Suva wird der Bundesrat auf Antrag des EDI hin über das weitere Vorgehen entscheiden. Sollte sich der Bundesrat dabei für eine Führung der Militärversicherung durch die Suva entscheiden, so würde er das EDI beauftragen, umgehend eine Botschaft zu den dafür erforderlichen gesetzlichen Grundlagen vorzubereiten.»

Der Ständerat hat die Motion am 2. Oktober 2003 ohne Diskussion angenommen.

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates, Stand 6. Oktober 2003

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)	In-Kraft-Treten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
11. AHV-Revision	2.2.00	BBl 2000, 1865		NR 9.5.01		SR 27./28.11.02		
– Differenzbereinigung			SGK-NR 24.1., 20.2., 12.3., 2.5., 4.7.03	NR 4.3.+6.5.03 17.9./25.9.03	SGK-SR 5.3., 19.+21.5.03	SR 10.3.03 4.6.03, 25.9.03	3.10.03	
1. BVG-Revision	1.3.00	BBl 2000, 2637		NR 16.4.02		SR 28.11.02		
– Differenzbereinigung			SGK-NR ...20.2., 28.3., 2.5., 3.7.03 Subkommission ...7.1., 6.2., 18.3.03	NR 6.5.03 11.6.03 25.9.03	SGK-SR 19.+21.5., 17.6., 19.8.03	SR 4.6.03 16.9.03	3.10.03	
2. KGV-Teilrevision	18.9.00	BBl 2001, 741		SR 4.10., 29.11.01		NR 13.12.02 abgelehnt		
– 2. Lesung			SGK-SR 27.1., 10.+17.+ 24.2., 18.8., 20.10.03	SR 13.+20.3., 16.9.03	SGK-NR 2.+8.5., 19.5., 5.+18.9.03	NR 17./18.6., 17.9.03	Winter 03 (geplant)	
4. IV-Revision	28.2.01	BBl 2001, 3205		NR 5.3., 12.3.03		SR 27./28.11.02, 10.3.03	21.3.03 (BBl 2003, 2745)	1.1.04
Steuerpaket 2001 (Familienbesteuerung)	28.2.01	BBl 2001, 2983		NR 26.9.01 2.12.02 8.5.03		SR 3.10.02 17.3.03 3.6.03	20.6.03 (BBl 2003, 4498)	Referendumsfrist 9.10.03
Neugestaltung des Finanzausgleichs	14.11.01	BBl 2002, 2291	Spez'kom. SR ...21.5., 28.5., 14.8., 5.9.02, 24.6., 20.8.03	SR 1./2.10.02 1.10.03	Spez'kom. NR 21.10., 21.11.02 13./14.+27./28.1., 27.2., 25.3.03	NR 13.+19.6., 29.9.03	3.10.03	
BG gegen Schwarzarbeit	16.1.02	BBl 2002, 3605	WAK-NR ...28.10., 18.11.02, 31.3./1.4.03 Subkommission 8.5., 2.+23.6., 8.9.03					
Abkommen mit den Philippinen	13.11.02	BBl 2003, 89	SGK-SR 17.2.03	SR 10.3.03	SGK-NR 7.7.03	NR 25.9.03		
BG über Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare	29.11.02	BBl 2003, 1288	RK-NR 23.6., 25.8.03					
Revision der EO	26.2.03	BBl 2003, 2923	SIK-SR 27.3.03 SGK-SR 7.4., 19.5.03	SR 12.6.03 Nicht- Eintreten	SGK-NR 3.7.03 SIK-NR 19.8.03	NR 17.9.03	3.10.03	
KV: Bundesbeiträge für die Jahre 2004–2007	28.5.03	BBl 2003, 4349	SGK-NR 7.7.03	NR 17.9.03	SGK-SR 18.8.03	SR 16.9.03		
Verwendung National- bankgold + VI «National- bankgewinne für die AHV»	20.8.03	BBl 2003, 6133		NR Winter 03 (geplant)		SR Frühjahr 04 (geplant)		
Massnahmen gegen Unter- deckung in der BV	19.9.03		SGK-SR 21.10.03		SGK-NR 30.10.03			

NR = Nationalrat / NRK = Vorberatende Kommission des Nationalrates / SR = Ständerat / SRK = Vorberatende Kommission des Ständerates / WAK = Kommission für Wirtschaft und Abgaben / SGK = Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit / RK = Kommission für Rechtsfragen / SIK = Sicherheitskommission

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
30./31.10.03	Kongress Schweiz. Gesellschaft für Gerontologie: Beweglich trotz Hindernissen	St.Gallen OLMA-Hallen	SGG; Bern, Ziegler-Spital Pia Graf-Vögeli Tel. 031 970 77 98 www.sgg-ssg.ch
11.11.03	Der Allgemeine Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) – erste Erfahrungen	Zürich Hotel Merriott	Weiterbildungsseminare HSG 9010 St.Gallen Tel. 071 224 25 70 www.wbs.unisg.ch
13.11.03	Fachkurs ATSG: Sozialversicherungsrecht: Lichtet der Allgemeine Teil das Dickicht?	Olten, Fachhochschule Solothurn/Nordwestschweiz	FHSO, Olten Tel. 0848 821 011 christina.corso@fhsso.ch www.fhsso.ch
14.11.03	13 Jahre Managed Care in der Schweiz: eine vorausschauende Standortbestimmung (s. Hinweis)	Bern Hotel Schweizerhof	OmbudsBeratung Gesundheitswesen, Oensingen Tel. 062 396 29 02 info@ombudsberatung.ch
19.11.03	Tagung «Transparenz und Kommunikation» (s. Hinweis)	Luzern, Hotel Palace	VPS-Verlag Luzern Tel. 041 317 07 07 daniel.schubert@vps.ch www.vps.ch, Tagungen
25.11.03	Praktische Anwendungsfragen des ATSG	Luzern, Casino	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis (IRP) Universität St.Gallen Tel. 071 224 24 24 www.irp.unisg.ch
27.11.03	Fachtagung Behindertengerechtes Bauen 2003	Goldau SZ Pfarreizentrum Eichmatt	Schweiz. Fachstelle für behindertengerechtes Bauen Tel. 01 299 97 97 info@hindernisfrei-bauen.ch www.hindernisfrei-bauen.ch
4.12.03	Fachkurs Verfügungen (inkl. Coaching): Die Verfügung: Mehr als ein notwendiges Übel!	Olten, Fachhochschule Solothurn/Nordwestschweiz	FHSO, Olten Tel. 0848 821 011 christina.corso@fhsso.ch www.fhsso.ch
23.1.04	Tagung «Solidarität zwischen den Generationen?» (s. Hinweis)	Bern, Kultur-Casino	Caritas Schweiz, Bereich Kommunikation, Luzern Tel. 041 419 22 22 Fax 041 419 24 24 E-mail: info@caritas.ch
11.3.04	Fachkurs Sozialhilfe-Berufliche Vorsorge: Die Verzahnung der Sozialhilfe mit der beruflichen Vorsorge	Olten, Fachhochschule Solothurn/Nordwestschweiz	FHSO, Olten Tel. 0848 821 011 christina.corso@fhsso.ch www.fhsso.ch

13 Jahre Managed Care in der Schweiz

Die erste schweizerische Health Maintenance Organization wurde am 1. Januar 1990 in Zürich-Wiedikon eröffnet. In den seitherigen 13 Jahren hat Managed Care zwar definitiv Fuss gefasst, ausgebreitet hat sie sich bisher aber nur begrenzt. Ein Kongress am 14. November mit zahlreichen hoch kompetenten Referent/innen aus Politik und Gesundheitswesen (Fritz Britt, Hans-Heinrich Brunner, Felix Gutzwiller,

Manfred Manser, Hansueli Regius u.a.) unternimmt den Versuch einer Standortbestimmung.

Transparenz in der beruflichen Vorsorge

Die 1. BVG-Revision stellt neue Anforderungen an die Transparenz der Vorsorgeeinrichtungen. Eine Tagung des Verlags Personalvorsorge und Sozialversicherung AG vom 19. November vermittelt einen aktuellen Überblick sowie wertvolle

Tipps für die diesbezügliche Praxis der Zukunft.

Solidarität zwischen den Generationen?

Caritas Schweiz veranstaltet am 23. Januar 2004 eine Tagung für Kader und Mitarbeitende staatlicher, privater und kirchlicher Institutionen im Sozialbereich, die sich den Fragen rund um die demografische Entwicklung annimmt.

Beiträge unter anderem von Prof. François Höpflinger, Soziologisches Institut der Universität Zürich; Prof. Pierre Gilliland, IDHEAP und Universität Lausanne; Pascale Bruderer, Nationalrätin, Baden; Dr. Silvia Grossenbacher, Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung, Aarau; Jacques-Simon Eggly, Nationalrat, Genf; Dr. Thomas Held, Geschäftsführer Avenir Suisse; Gusti Pollak, Boltigen, und Pierre Miserez, Genf, Kabarettisten.

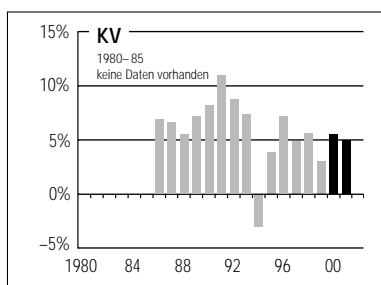
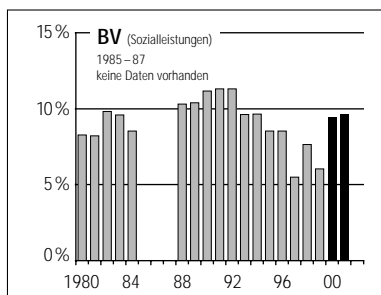
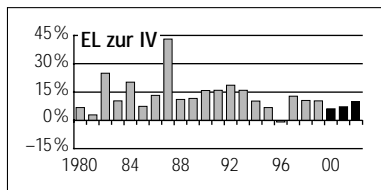
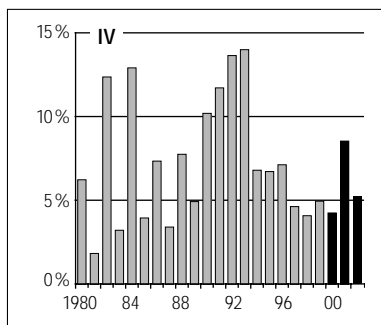
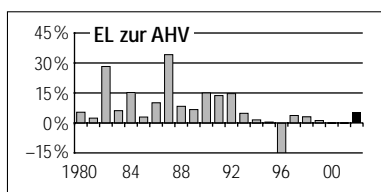
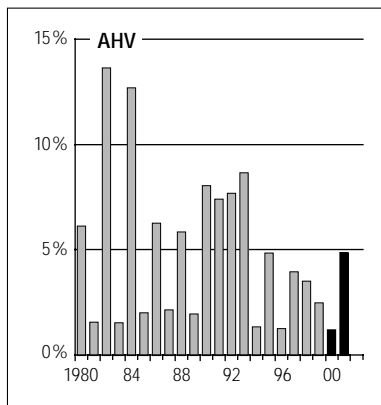
Kosten (inkl. Mittagessen): Normaltarif 200 Fr., ermässigt 100 Fr., Solidaritätstarif 250 Fr.

Anmeldung (bis am 19.12.03) und Detailprogramm: Caritas Schweiz, Bereich Kommunikation, Löwenstrasse 3, 6002 Luzern.

Nachdiplomkurs Sozialversicherungsrecht

Nachdem der zurzeit laufende Nachdiplomkurs (NDK) der Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz schon nach kurzer Zeit ausgebucht war, wird der Kurs im kommenden Jahr erneut durchgeführt. Er dauert 23 Kurstage à 8 Lektionen und bietet ein obligatorisches Grundprogramm (14 Tage) sowie ein Wahlprogramm (mind. 9 Tage). Der Kurs beginnt am 16. April 2004 und endet am 18. März 2005. Das Programm sowie weitere Informationen zum NDK können unter www.ndk-sozialversicherung.ch abgerufen werden. Dort findet sich auch ein Anmeldeformular.

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV		1980	1990	2000	2001	2002	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	10 896	20 355	28 792	29 620	28 903	-2,4%
davon Beiträge Vers./AG		8 629	16 029	20 482	21 601	21 958	1,7%
davon Beiträge öff. Hand ²		1 931	3 666	7 417	7 750	7 717	-0,4%
Ausgaben		10 726	18 328	27 722	29 081	29 095	0,0%
davon Sozialleistungen		10 677	18 269	27 627	28 980	29 001	0,1%
Saldo		170	2 027	1 070	538	-191	-135,5%
AHV-Kapitalkonto		9 691	18 157	22 720	23 259	23 067	-0,8%
Bezüger einf. Renten	Personen	577 095	678 526	993 644	1 547 515 ³	1 547 930	0,0%
Bezüger Ehepaarrenten	Paare	226 454	273 431	261 155	-	-	-
Bezüger/innen Witwen/r-Renten		69 336	74 651	79 715	81 592	87 806	7,6%
Beitragszahler/innen AHV, IV, EO		3 254 000	3 773 000	3 906 000

EL zur AHV		1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	343	1 124	1 441	1 442	1 525	5,7%
davon Beiträge Bund		177	260	318	317	343	8,0%
davon Beiträge Kantone		165	864	1 123	1 125	1 182	5,1%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	96 106	120 684	140 842	140 043	143 398	2,4%

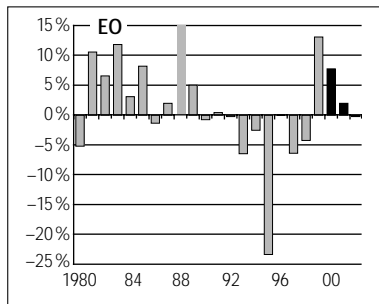
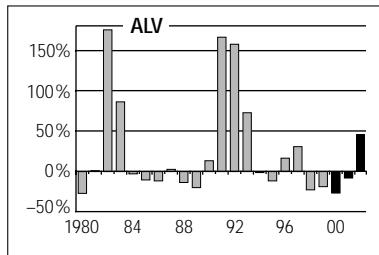
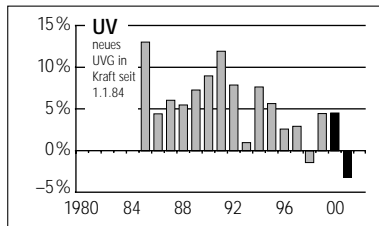
IV		1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 111	4 412	7 897	8 458	8 775	3,7%
davon Beiträge Vers./AG		1 035	2 307	3 437	3 624	3 682	1,6%
davon Beiträge öff. Hand		1 076	2 067	4 359	4 733	4 982	5,3%
Ausgaben		2 152	4 133	8 718	9 465	9 964	5,3%
davon Renten		1 374	2 376	5 126	5 601	5 991	7,0%
Saldo		- 40	278	- 820	-1 008	-1 189	18,1%
IV-Kapitalkonto		- 356	6	-2 306	-3 313	-4 503	35,9%
Bezüger einf. Renten	Personen	105 812	141 989	221 899	241 952	258 536	6,9%
Bezüger Paarrenten	Paare	8 755	11 170	6 815	-	-	-

EL zur IV		1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	72	309	847	909	1 003	10,4%
davon Beiträge Bund		38	69	182	195	220	12,7%
davon Beiträge Kantone		34	241	665	714	783	9,8%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	18 891	30 695	61 817	67 800	73 555	8,5%

BV / 2. Säule Quelle: BFS/BSV		1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	13 231	33 740	50 511	53 600	...	6,1%
davon Beiträge AN		3 528	7 704	10 294	11 300	...	9,8%
davon Beiträge AG		6 146	13 156	15 548	17 400	...	11,9%
davon Kapitalertrag		3 557	10 977	16 552	14 700	...	-11,2%
Ausgaben		...	15 727	33 069	36 000	...	8,9%
davon Sozialleistungen		3 458	8 737	20 236	22 200	...	9,7%
Kapital		81 964	207 200	475 000	455 000	...	-4,2%
Rentenbezüger/innen	Bezüger	326 000	508 000	748 124	785 000	...	4,9%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP		1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	...	8 630	13 898	14 138	...	1,7%
davon Prämien		...	6 954	13 442	13 997	...	4,1%
davon Prämienverbilligung		...	332	2 533	2 672	...	5,5%
Ausgaben		...	8 370	14 204	14 928	...	5,1%
davon Leistungen		...	8 204	15 478	16 386	...	5,9%
davon Kostenbeteiligung		...	-801	-2 288	-2 400	...	4,9%
Rechnungssaldo		...	260	-306	-790	...	158,1%
Reserven		...	-	2 832	2 102	...	-25,8%
Versichertenbestand per 31. 12.		6 206 832	6 874 241	7 268 111	7 321 287	...	0,7%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger	1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	...	4 210	6 645	6 218	...	-6,4%
davon Beiträge der Vers.	...	3 341	4 671	4 880	...	4,5%
Ausgaben	...	4 135	6 523	6 251	...	-4,2%
davon direkte Leistungen inkl. TZL	...	2 743	3 886	4 058	...	4,4%
Rechnungs-Saldo	...	75	122	-33	...	-127,0%
Deckungskapital	...	11 172	22 287	23 326	...	4,7%

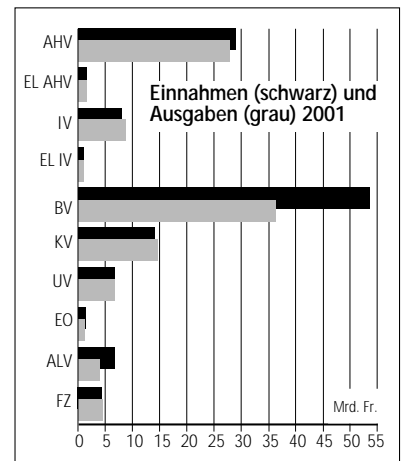
ALV Quelle: Seco	1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	474	786	6 646	6 852	6 969	1,7%
davon Beiträge AN/AG	429	648	6 184	6 548	6 746	3,0%
davon Subventionen	-	-	225	202	169	-16,4%
Ausgaben	153	502	3 711	3 415	4 966	45,4%
Rechnungs-Saldo	320	284	2 935	3 437	2 004	-41,7%
Ausgleichsfonds	1 592	2 924	-3 157	279	2 283	717,1%
Bezüger/innen ⁴ Total	...	58 503	207 074	194 559	248 527	27,7%

EO	1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	648	1 060	872	813	662	-18,6%
davon Beiträge	619	958	734	774	787	1,6%
Ausgaben	482	885	680	694	692	-0,3%
Rechnungs-Saldo	166	175	192	120	-30	-125,1%
Ausgleichsfonds	904	2 657	3 455	3 575	3 545	-0,8%

FZ	1980	1990	2000	2001	2002	VR ¹
Einnahmen geschätzt Mio. Fr.	...	3 115	4 331	4 433	...	2,4%
davon FZ Landw. (Bund)	69	112	139	135	...	-2,7%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2001

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2000/2001	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2000/2001	Saldo ⁵ Mio. Fr.	Reserve Mio. Fr.
AHV	29 620	2,9%	29 081	4,9%	538	23 259
EL zur AHV	1 442	0,1%	1 442	0,1%	-	-
IV	8 458	7,1%	9 465	8,6%	-1 008	-3 313
EL zur IV	909	7,3%	909	7,3%	-	-
BV ⁵ (Schätzung)	53 600	6,1%	36 000	8,9%	-20 000	455 000
KV	14 138	1,7%	14 928	5,1%	-790	2 103
UV	6 218	-6,4%	6 251	-4,2%	-33	23 326
EO	813	-6,7%	694	2,0%	120	3 575
ALV	6 852	3,1%	3 415	-8,0%	3 437	279
FZ (Schätzung)	4 433	2,4%	4 462	2,4%	-29	...
Konsolidiertes Total⁵	126 198	3,8%	106 363	5,4%	-17 765	504 228



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

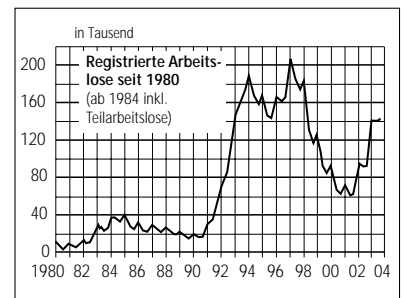
	1970	1980	1990	1999	2000	2001
Soziallastquote ⁶	13,5%	19,6%	21,4%	26,4%	26,0%	26,3%
Sozialleistungsquote ⁷	8,5%	13,2%	14,1%	20,6%	20,1%	20,8%

Arbeitslose

	Ø 2000	Ø 2001	Ø 2002	Juli 03	Aug. 03	Sept. 03
Ganz- und Teilzeitlose	71 987	67 197	100 504	141 699	143 672	146 688

Demografie

	2000	2002	2010	2020	2030	2040
Jugendquotient ⁸	37,6%	36,8	34,0	32,0	35,6	37,1
Altersquotient ⁸	25,0	25,2	28,2	33,1	40,8	43,9



1 Veränderungsrate zwischen den beiden letzten verfügbaren Jahren.
 2 Inkl. MWST (seit 1999) und Spielbankenabgabe (seit 2000).
 3 10. AHV-Revision: Überführung Paarrenten in einfache Renten.
 4 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
 5 Saldo BV = Zunahme der Reserven.
 6 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.
 7 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.

8 Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: Rentner/innen im Verhältnis zu den Aktiven.
 Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 65).

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2002 des BSV; Seco, BFS.
 Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Literatur

Allgemeines

Gertrud E. Bollier: **Leitfaden schweizerische Sozialversicherung**. 557 Seiten + 74 Seiten Lösungsheft. 2003. Verlag Stutz Druck AG, 8820 Wädenswil. Dieses bewährte Lehrbuch für Sozialversicherungsfachleute erscheint inzwischen bereits in achter überarbeiteter Auflage. Ein Anhang mit Lösungsvorschlägen zu den Kontrollfragen erleichtert es, das Gelernte selbst zu überprüfen.

Erwin Carigiet/Ueli Mäder/Jean-Michel Bonvin (Hrsg.). **Wörterbuch der Sozialpolitik**. 380 Seiten. 2003. Fr. 54.–. ISBN: 3-85869-253-0. Rotpunktverlag, Zürich; www.rotpunktverlag.ch.

Unter der Schirmherrschaft der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP), zu deren Vorstand die drei Herausgeber gehören, ist dieses umfassende, interdisziplinär konzipierte Nachschlagewerk zur Sozialpolitik entstanden. Rund 300 Autorinnen und Autoren aus Wissenschaft und Praxis haben rund 750 Beiträge aus den unterschiedlichsten Fachgebieten verfasst. Das vielfältige Fachwissen und die langjährigen Erfahrungen in Politik, Verwaltung, Wissenschaft und in Nichtregierungsorganisationen garantieren eine hohe Qualität und Aktualität.

Neue Publikationen der Stiftung zum Schutz der Versicherten (ASSI):

- **Versicherungsschutz für Lehrlinge.**
- **Merkblatt «Versicherungsschutz während eines unbezahlten Urlaubs».**

Bestellungen an: ASSI, Birkenweg 48, 3123 Belp,
E-Mail: r.schlaepfi@surfeu.ch.

Vorsorge

Entschädigung und Vorsorge für die Partnerin in KMU-Betrieben. 56 Seiten. Fr. 25.–. SchreinerShop, Postfach, 8044 Zürich; schreinershop@vssm.ch. Die AHV-Ausgleichskasse des Schreiner-, Möbel- und Holzgewerbes stellt in dieser Broschüre branchenneutral die vielfältigen Aspekte und Auswirkungen dar, die sich bezüglich Vorsorge, Erb- und Eherecht sowie Steuerwesen bei Frauen ergeben, die als Partnerinnen in einem KMU-Betrieb mitarbeiten. Es geht darum, einen Vorsorgeschutz aufzubauen, aus dem keine steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Nachteile erwachsen. Praxisorientierte Beispiele zeigen mögliche Lösungsansätze auf, die sich sowohl an Ehe- wie auch Konkubinatspaare richten.

Sozialpolitik

Stärken wahrnehmen – Stärken nutzen. Perspektiven für eine kinder- und jugendgerechte Integrationspolitik. Bericht der Eidgenössischen Kommission für Jugendfragen (...über die Integration von Jugendlichen mit Migrationshintergrund). 76 Seiten. Bern, März 2003. Vertrieb: Eidg. Kommission für Jugendfragen, c/o Bundesamt für Kultur, Hallwylstrasse 15, 3003 Bern; ekj-cfj@bak.admin.ch.

Behinderung

Ich bin auch noch da. Was Geschwister von Kindern mit einer Behinderung bewegt. Eine Broschüre für Eltern mit Comic-Beilage für Kinder. Diese 19-seitige Broschüre wurde von drei Pflegefachfrauen im Rahmen des Pflegewissenschaftsstudiums an der Universität Basel realisiert. Bezugsquelle: Insieme Schweiz, Zentralsekretariat, Gesellschafts-

strasse 84, Postfach 6819, 3001 Bern; sekretariat@insieme.ch.

Richtlinien «Behindertengerechte Fusswegnetze»: Strassen – Wege – Plätze. 32 Seiten A4. Mai 2003. Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, Kernstrasse 57, 8004 Zürich; Tel. 01 299 97 97, Fax 01 299 97 98.

Internet

- Zu ihrem zehnjährigen Bestehen hat die Konferenz der Kantonsregierungen ihren eigenen Internetauftritt unter www.kdk.ch lanciert. Diese Plattform soll die interkantonale Zusammenarbeit erleichtern und die öffentliche Wahrnehmung durch den Bund und die Öffentlichkeit stärken.

- www.presencesuisse.ch/eda/g/home: Diese Homepage bietet Informationen über die Sozialversicherungen speziell für Auslandsschweizer und Rückkehrer.

- Das Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) hat seinen Internetauftritt überarbeitet. Neu können Pressemitteilungen und ausgewählte Publikationen im Abonnement bezogen werden. Die Ausführung des Auftritts trägt ausserdem den Bedürfnissen der Sehbehinderten Rechnung. www.seco.admin.ch bietet Zugriff auf aktuelle Analysen und Zahlen zu Themen wie Wirtschaftsentwicklung, Arbeitslosigkeit oder Konsumentenstimmung.

- www.kmuinfo.ch/fichiers/news/ auf_kurs.pdf: Hier findet sich die Publikation «Auf Kurs – Online-Angebote für KMU». Sie kann auch als gedruckte Broschüre beim BBL, Verkauf Publikationen, 3003 Bern, bestellt werden (Best.-Nr. 701.150d).

- Die Unfallstatistik 2003 der Suva mit den Ergebnissen des Jahres 2002 kann unter www.unfallstatistik.ch konsultiert werden.